UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 464

LES

EMPYÈMES DOUBLES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Février 1902

PAR

J. DARDENNE

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. CAUBET, ✻, ✪ I., *Président.*
TAPIE, ✪ I., } *Assesseurs.*
RISPAL, } *Assesseurs.*
FRENKEL, } *Assesseurs.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MARQUÉS & Cie, BOULEVARD DE STRASBOURG, 22
—
1902

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 464

LES

EMPYÈMES DOUBLES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Février 1902

PAR

J. DARDENNE

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. CAUBET, ✠, ✠ I., *Président.*
TAPIE, ✠ I., *Assesseurs.*
RISPAL, *Assesseurs.*
FRENKEL, *Assesseurs.*

ACAD. LUGDUNAT BIBL.

TOULOUSE

IMPRIMERIE MARQUÉS & Cie, BOULEVARD DE STRASBOURG, 22

1902

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN ..... MM. CAUBET, ✻, ✪ I.
ASSESSEUR ..... FRÉBAULT, ✪ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CHARPY, ✪ I.
Histologie normale	TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie	ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique	TAPIE, ✪ I.
Pathologie et thérapeutique générales	HERRMANN, ✪ I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✻, ✪ I.
Pathologie externe	PÉNIÈRES, ✪ A.
Médecine opératoire	LABÉDA, ✪ I.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, ✪ I.
Hygiène	GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale	CAUBET, ✻, ✪ I. MOSSÉ, ✻, ✪ A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, ✪ I. CHALOT, ✪ A.
Clinique obstétricale	CROUZAT, ✪ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY, ✪ A.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie	DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie	FRÉBAULT, ✪ I.
Matière médicale	BRÆMER, ✪ I.
Histoire naturelle	LAMIC, ✪ I.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM. SOULIE.
Physique	MARIE, ✪ A.
Chimie	ALOY, ✪ A.
Histoire naturelle	SUIS, ✪ A.
Médecine légale	GUILHEM, ✪ A.
Bactériologie	MOREL, ✪ A.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY, ✪ A.
Clinique ophthalmologique	VIEUSSE ✻.
Hydrologie	GARRIGOU, ✪ I.
Pathologie expérimentale	MAUREL, ✪ ✻, ✪ I.
Cours élémentaire aux sages-femmes	AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM. MOREL, ✪ A. RISPAL. FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY. CESTAN.
Accouchements	AUDEBERT.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ
Physiologie	BARDIER, ✪ A.
Chimie	N...
Physique	CLUZET.
Pharmacie	RIBAUT.

Secrétaire de la Faculté ..... M. CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.

(Délibération en date du 12 mai 1891)

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A M. LE DOCTEUR FRENKEL

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR CAUBET

Professeur de Clinique médicale,
Doyen de la Faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

M. le professeur agrégé Frenkel, au cours de ses leçons cliniques au lit du malade, attira notre attention sur un cas très intéressant. Il s'agissait d'un homme qui, entré à l'hôpital au déclin d'une pneumonie double, présentait les symptômes d'un empyème double.

Notre maître nous montra l'intérêt que nous trouverions dans l'étude de ce cas et nous engagea à en faire le sujet de notre thèse. Il nous indiqua la rareté de cette affection et grâce à ses bons conseils, nous avons pu entreprendre des recherches à ce sujet. Nous avons été assez heureux pour retrouver dans la littérature médicale les faits épars qui avaient été publiés, et nous avons pu grouper un certain nombre d'observations.

Notre intention, tout d'abord, était de profiter des notions bactériologiques qui pouvaient nous faire adopter une classification analogue à celle que M. Netter (82) indique dans le « Traité des maladies

de l'enfance » de Grancher, Comby et Marfan, au sujet des pleurésies purulentes simples, mais le nombre d'observations publiées à une époque où la bactériologie ne s'était pas encore développée nous fit renoncer à notre première idée, d'autant que les observations recueillies dans ces derniers temps, dans lesquelles on s'attendrait à trouver des renseignements bactériologiques, ne nous donnent pas des éléments suffisants pour les faire rentrer dans un tel cadre. Aussi, il nous a paru plus simple et plus logique de classer les observations d'après l'étiologie.

Pour notre travail, nous avons adopté le plan suivant :

Après l'introduction, nous étudions l'historique de l'empyème double, puis l'étiologie et l'anatomie pathologique. Nous accordons ensuite une place plus importante à la symptomatologie, au diagnostic, et dans notre dernier chapitre nous donnons quelques indications pour le traitement.

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser des remerciements à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

Plus qu'aucun autre nous avons été à même d'apprécier l'extrême bienveillance de M. le Professeur agrégé Frenkel. Il a bien voulu nous en donner de

nombreuses preuves pendant nos études et inspirer le sujet de notre thèse. Nous le prions d'accepter l'assurance de notre profonde gratitude.

M. le Professeur Mossé, dont nous avons été l'externe, n'a jamais cessé de nous encourager. Nous avons retiré de ses magistrales leçons le meilleur de nos connaissances. Nous lui sommes profondément reconnaissant de l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner.

M. le Docteur Secheyron, chirurgien des Hôpitaux, et M. le Professeur Tapie, qui nous ouvrit si largement son laboratoire, peuvent compter sur la reconnaissance de leur ancien Interne pour les précieux conseils qu'ils lui ont donné.

Le même sentiment nous fait remercier MM. les Professeurs agrégés Rispal, Cestan, Bauby et M. le Docteur Baylac, médecin des Hôpitaux.

M. le Professeur Caubet dirigea nos premiers pas dans l'étude clinique. Aujourd'hui, en acceptant la présidence de notre thèse, il augmente encore notre dette de reconnaissance ; nous lui adressons l'hommage de nos plus sincères remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'empyème [1] double est caractérisé par l'épanchement plus ou moins abondant dans chacune des deux plèvres, d'un liquide présentant les caractères du pus.

L'empyème a été connu de tous temps, ainsi que son traitement, puisque l'on trouve une étude de cette affection faite par les Asclépiades et Hippocrate. Ce dernier s'exprime ainsi : « Quand on ouvre un empyème par la cautérisation ou l'incision, le sujet réchappe si le pus est pur, blanc et sans mauvaise odeur ; mais il périt si le pus est sanguinolent et bourbeux. » Cependant, la bilatéralité n'a pas été observée ou du moins ne semble pas l'avoir été, car il nous faut arriver au commencement du siècle dernier pour retrouver la première observation publiée concernant un empyème double.

En effet, la première observation que nous retrouvons dans la littérature est celle publiée par Dance (32) en 1828. Elle relate l'histoire d'une femme de trente

(1) Empyema : εμπυημα ; de εν dans, et πυον pus.

et un ans pour laquelle le diagnostic de pleurésie purulente double ne fut porté qu'à l'autopsie.

A vrai dire, Andral (2) avait déjà observé deux cas en 1822 mais nous ne les avons retrouvés que dans la troisième édition (1840) de ses *Cliniques médicales*. Le début de l'histoire de l'empyème double est donc marqué par des cas survenus chez l'adulte ; c'est un fait assez intéressant puisque nous verrons que le nombre de cas survenus chez l'adulte sont de beaucoup moins fréquents que les cas survenus chez l'enfant.

Les trois cas que nous venons de citer n'ont donné lieu à aucun traitement institué dans le but de provoquer la guérison de l'empyème, et il faut arriver à l'année 1834 pour trouver le premier empyème double traité et guéri par une intervention. C'est dans la thèse de M. Bluzat (15) sur les pleurésies purulentes doubles chez l'enfant que nous retrouvons ce fait publié antérieurement dans les *Annales de Médecine physiologique* en 1834. Il s'agissait d'un jeune arabe auquel l'auteur (Clot-Bey) fut conduit à ouvrir successivement la plèvre gauche, puis la plèvre droite ; ces deux opérations furent faites à un mois d'intervalle et le malade guérit. « Il est intéressant de remarquer en passant la date à laquelle remonte la publication de cette observation ; à cette époque, en effet, non seulement on n'avait aucune notion d'antisepsie mais encore l'opération de l'empyème n'était pas courante. »

Les cas que l'on trouve ensuite sont dus à Cruveilhier (28) qui, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, publie deux cas consécutifs à des accidents puerpéraux.

En 1855, une épidémie de fièvre puerpérale fait le sujet de la thèse de Charrier (21). Ce dernier rencontre quinze fois la pleurésie purulente double, il décrit même une fièvre puerpérale à forme pectorale ; mais dans ses observations nous en avons seulement trois se rapportant à notre sujet : nous n'avons pu retrouver les douze autres cas. Comme on le voit, les premiers cas d'empyème double que l'on a observés se rapportent, à l'exception d'un seul, à des adultes. Dans la suite, on publie quelques observations à l'étranger, mais ce sujet est encore assez mal connu, car en 1888, Bouveret (16), dans son Traité sur l'empyème, ne cite que deux cas d'empyème double qu'il a trouvés dans la littérature étrangère.

L'année après, dans *les Archives de pédiatrie*, Huber (53) résume douze cas publiés jusqu'alors et ajoute à ces douze cas deux observations personnelles.

Les premières observations ayant donné lieu à une discussion au sein d'une société de médecine sont dues à Kéough.

On en trouve le compte rendu dans un article de *The Lancet* paru en 1892. Il résulte de la discussion, à laquelle prennent part plusieurs médecins que

l'empyème simple est assez souvent observé alors qu'on rencontre très rarement l'empyème double.

Le premier travail d'ensemble est dû à Sutherland (95) qui, dans une série d'articles, réunit les cas parus en Angleterre en y apportant quatre faits personnels, et indique le traitement à employer pour la guérison de la pleurésie purulente double. L'attention des chirurgiens est aussitôt attirée et successivement paraissent en Angleterre et en Amérique divers articles sur la question. En France, Paul Boncour (83) écrit sa thèse sur les pleurésies purulentes de l'enfance, mais nous n'y trouvons qu'un seul cas où la libéralité soit indiquée : c'est chez un enfant où l'existence du double épanchement purulent ne fut trouvé qu'à l'autopsie.

Dans le Traité des maladies de l'enfance de Grancher, Gomby et Marfan, M. Netter (82) n'accorde pas un chapitre spécial à l'empyème double et cite simplement quelques cas déjà parus sans en apporter de nouveaux.

« Enfin en 1898, dit M. Bluzat (15), Achmétieff (1) se servant des observations recueillies à l'hôpital Saint-Olga et de la statistique de la grande maison d'éducation Vospitatéhmy Dom de Moscou, a publié un travail intitulé : « Contribution à l'étude de l'empyème double chez les enfants. » Ce travail s'appuie sur treize observations; dans une seule, la terminaison fut favorable. »

Mais, dans la même année, M. E. Cestan (20),

dans son ouvrage sur la « Thérapeutique des empyèmes », consacre un chapitre au traitement des empyèmes doubles. Il réunit presque tous les cas publiés jusqu'à ce jour et résume la marche à suivre pour le traitement de cette affection. Le premier, il donne une statistique assez complète et signale deux cas chez l'adulte sur un ensemble de cinquante-trois cas.

En 1899, M. Bluzat (15), qui semble avoir ignoré le Traité précédemment cité, donne dans sa thèse inaugurale, quelques observations déjà parues dans la littérature anglaise ou russe et apporte un cas personnel. Après la thèse de M. Bluzat ont paru encore quelques autres cas. Nous y ajoutons une observation due à notre maître M. le professeur agrégé Frenkel (42). Dans nos recherches, nous avons été assez heureux pour retrouver quelques observations non citées dans les travaux précédents, ce qui nous a permis de porter le nombre d'empyèmes doubles à quatre-vingt-trois dont quinze chez l'adulte. Ces cas se répartissent ainsi :

Adultes :

Dance	1 cas	Carl Aust	1 cas
Andral	2 id.	Lucy	1 id.
Cruveilhier	2 id.	Fiffe	1 id.
Charrier	3 id.	Sevestre	1 id.
Hetherington	1 id.	Frenkel	1 id.
Kelsch et Vaillard	1 id.		

Enfants :

Lewis Smith	1 cas	Cassel	1 cas
Sangster	1 id.	Pitts	8 id.
Brauser	1 id.	Sutherland	4 id.
Blunt et Okell	1 id.	Carl Beck	1 id.
Huber	3 id.	Fox	1 id.
Gardiner	1 id.	Beatley et Ridley	1 id.
Morgan et Bruce	1 id.	Batten	8 id.
Coupland et Gould	1 id.	Wightman	7 id.
Westbrook	1 id.	Paul Boncour	1 id.
Taylor	1 id.	Huntington	1 id.
Godlee	1 id.	Cooke	1 id.
Voelcker	1 id.	Ausset	1 id.
Handford	1 id.	Achmetieff	1 id.
Deanesly	2 id.	Bluzat	1 id.
Walter Carr	1 id.	Marsden	1 id.
Carl Aust	1 id.	Hale White	1 id.
Dunn	2 id.	Milligan	1 id.
Warbasse	1 id.	Hervieux	3 id.
Marsh	1 id.	John Bion Bogart	2 id.

Il est certain que ce tableau ne contient pas tous les cas d'empyème double. En effet, cette affection n'a été souvent diagnostiquée qu'à l'autopsie qui se pratique en somme assez rarement puisqu'elle n'est possible que dans les hôpitaux. D'un autre côté, il se peut que l'on ait eu une certaine tendance à publier les cas heureux alors qu'on laisse plus naturellement les insuccès. Aussi, nous n'avons pas la prétention d'avoir recueilli la totalité des faits ; nous avons simplement voulu grouper le plus possible d'observations pour pouvoir en tirer des conclusions plus fermes.

CHAPITRE II

Etiologie

Dans sa thèse de concours pour l'agrégation, M. Damaschino (29) s'exprime ainsi : « Les causes et les conditions de développement des pleurésies purulentes sont fort variées. Tantôt ces pleurésies sont primitives et indépendantes de toute connexion avec une autre affection, tantôt elles sont secondaires et se montrent dans le cours d'une maladie générale ou locale, ou bien succèdent à une pleurésie simple. Dans tous ces cas, il est parfois difficile de se prononcer sur leur véritable étiologie. « Ce que disait cet auteur en 1869, nous ne pouvons le répéter actuellement à propos des pleurésies purulentes doubles. En effet, cette affection nous apparaît comme une complication d'un état général ou d'une autre maladie et non comme une entité morbide. Si nous avons conservé, sous ce titre, certaines observations, c'est que leur analyse ne nous a pas permis de retrouver dans les antécédents des symptômes de l'affection primitive, mais ces symptômes ont dû exister; l'absence de leur men-

tion nous a obligé à considérer quelques cas comme empyèmes doubles primitifs. Les pleurésies purulentes primitives iront toujours diminuant de nombre à mesure que les recherches bactériologiques deviendront d'une pratique plus courante et même habituelle. Donc, pour ce qui est des pleurésies primitives, nous ne pouvons rien affirmer si ce n'est, suivant les conceptions actuelles, qu'elles sont dues au développement d'un agent infectieux développé dans les plèvres et y produisent du pus. La cause déterminante, le microbe, peut nous être connu mais la cause prédisposante nous échappe encore.

Pour ce qui est des empyèmes secondaires à une pleurésie séreuse, nous n'avons pu en retrouver qu'un seul cas. Mais comment une pleurésie séreuse peut-elle entraîner une pleurésie purulente? Pour certains auteurs, la présence du liquide entretenant l'irritation chronique de la plèvre suffirait à expliquer la suppuration. C'était l'idée de Trousseau (99) qui disait : « S'il y a des cas où des épanchements pleurétiques même très abondants persistent longtemps sans que la sérosité se transforme en pus, il en est d'autres, et cela s'observe principalement chez les enfants, où cette transformation a lieu plus ou moins rapidement, la pleurésie restant simple en ce sens qu'elle n'est l'expression d'aucune diathèse..... La membrane séreuse lorsqu'elle a été longtemps enflammée, finit par sécréter du pus..... Il importe donc de ne pas laisser trop longtemps persister une phlegmasie de

la plèvre, sous peine de voir les épanchements primitivement séreux devenir purulents. » D'autres auteurs ont incriminé la thoracentèse; ils ont comparé le trocart explorateur et évacuateur à l'instrument meurtrier qui perfore les parois du thorax, mais Trousseau s'est refusé à admettre cette funeste influence, il a été soutenu par le docteur Vergely (102) qui, dans le cours d'une discussion soulevée dans le sein de la Société médico-chirurgicale de Bordeaux, disait : « Depuis que James Watson et Stokes ont émis cette hypothèse (la transformation purulente du liquide de la plèvre par le fait de thoracentèse), quelques médecins, sans preuves suffisantes, sans pouvoir arguer un fait probant, ont fait adopter l'opinion des médecins anglais. Avec le temps cette supposition est devenue une vérité. On croit que si une première ponction est séreuse et la seconde purulente, il faut s'en prendre au trocart. Nous repoussons cette interprétation. Quelle est donc la cause de la transformation purulente ? Nous l'ignorons. Pourquoi des ponctions multiples dans l'ascite ne sont-elles jamais suivies de purulence ? Cependant, si le trocart est la seule cause, pourquoi amène-t-il ici du pus, et pourquoi là le liquide reste-t-il ce qu'il était à la première ponction ? Nous l'ignorons, nous ne savons pas à quelle cause il faut attribuer cette génèse abondante de leucocytes..... L'expérimentation sur les animaux, des milliers d'exemples cliniques ont démontré qu'il ne fallait pas en accuser le trocart, mais bien plutôt

des conditions organiques, individuelles, particulières, encore mal déterminées. »

Mais nous connaissons ces conditions soupçonnées par Vergely (102) et nous savons que le trocart ou l'aiguille exploratrice ne peuvent pas déterminer la purulence du liquide si la ponction a été faite après une toilette antiseptique de la paroi costale et avec un instrument aseptique. C'est cette dernière condition qui fait quelquefois défaut et nous nous rattachons pleinement à l'opinion des auteurs anglais. En effet, on ne peut guère s'expliquer comment un liquide séreux lors d'une première ponction est purulent quand on pratique la deuxième. On ne peut penser qu'à l'infection produite par le trocart, ou bien il faut admettre que l'examen du liquide a été incomplet au premier examen. Il ne faut pas oublier qu'un liquide séro-purulent ou ayant quelquefois l'apparence purement séreuse n'offre les caractères du pus que par les dernières gouttes qui s'écoulent du trocart ou bien par le dépôt qui se forme quand on laisse reposer le liquide.

Cependant la question d'instrument ne saurait infirmer notre observation Kelsch et Vaillard (59), puisque le malade reçu pour pleurésie séreuse présenta à la première ponction un liquide purulent. Une autre cause déterminant la suppuration de la plèvre est la pénétration de l'air ; cette cause ne peut pas être invoquée puisque dans l'observation précitée la nature purulente du liquide fut déterminée par la première

ponction. Mais il est plus naturel de dire avec M. Damaschino « que l'état d'affaiblissement, de débilité de la nutrition dans lequel se trouve ou peut tomber le sujet affecté » peut déterminer la purulence mais avec l'intervention d'un microorganisme.

Le plus souvent, l'empyème double se présente dans le cours de certaines maladies, et il n'est pas besoin pour qu'il apparaisse que le siège de l'affection qui le précède soit dans le poumon ou au voisinage de la plèvre. Aussi, la plupart du temps, doit-il être considéré comme une complication. On a vu des pleurésies purulentes survenues au cours d'une fièvre typhoïde, d'une scarlatine, de la tuberculose, par suite d'un abcès de voisinage développé au pourtour de la cavité pleurale, de carie des côtes, d'inflammations et irritations de voïsinage, de gangrène de la plèvre et du poumon, de perforations pulmonaires, d'épanchements d'air, de sang, de liquide sanieux, de corps étrangers pénétrant par la trachée ou l'œsophage, de cancer, etc... Pour nous, nous n'avons retrouvé dans les antécédents des observations rapportées que : la pneumonie et la boncho-pneumonie, la fièvre puerpérale, le rhumatisme, la grippe, des accidents buccaux à streptocoque, la coqueluche, la pleurésie séreuse. Pour l'ensemble des observations que nous citons, nous trouvons :

	Chez l'enfant.	Chez l'adulte.
Cas à étiologie indéterminée.....	33	»
Plaque diphtéroïde de la langue....	1	»
Coqueluche.....	1	»
Influenza.....	2	1
Pneumonie.....	25	3
Empyèmes doubles primitifs.....	6	3
Rhumatisme.....	»	1
Accidents puerpéraux.....	»	7
Total.....	68	15

Chaque affection nous donne chez l'enfant la proportion suivante, en comptant :

La totalité des cas chez l'enfant.	Les cas où l'étiologie est indiquée.
1,5 %.....	2,7 % pour les accidents buccaux.
1,5 %.....	2,7 % pour la coqueluche.
2,5 %.....	5,4 % pour l'influenza.
36 %.....	71,4 % pour la pneumonie.
8,8 %.....	17 % pour les pleurésies primitives.

Pour les adultes, les proportions ne sont plus les mêmes et on trouve :

Totalité des cas (enfants et adultes).

ENFANTS	ADULTES
4,4 %...	20 % pour la pneumonie.
1,5 %...	6,6 % pour l'influenza.
1,5 %...	6,6 % pour le rhumatisme.
3,6 %...	20 % pour les pleurésies primitives.
10,2 %...	46,6 % pour les accidents puerpéraux.

D'après ce tableau, on peut voir que les empyèmes doubles survenant à la suite d'une pneumonie sont de

beaucoup les plus nombreux, au moins chez l'enfant, puisque, chez ce dernier, sur trente-cinq cas où l'étiologie est affirmée, nous trouvons vingt-cinq cas d'empyèmes doubles post-pneumoniques. La proportion est légèrement supérieure à celle donnée par Sutherland (95) qui, dans les vingt-un cas relatés par lui (on en retrouvera les indications dans notre tableau), rapporte quatorze fois la pneumonie lobaire, une fois la broncho-pneumonie et donne une proportion de 67 0,0. Nous savions déjà que les empyèmes simples à pneumocoque étaient les plus fréquents chez l'enfant; d'après les observations que nous rapportons, nous pouvons voir que les empyèmes doubles suivent la règle des empyèmes simples. Nous restons donc en concordance avec l'opinion de M. Netter (82) qui est celle des autres auteurs modernes. Chez l'adulte, ce ne sont pas les affections à pneumocoque, qui donnent le plus d'empyèmes doubles, mais bien les affections à streptocoque. Il est vrai de dire que nos observations où l'on retrouve des antécédents puerpéraux remontent à une époque où l'antisepsie et l'asepsie n'étaient guère connues et où l'on observait encore des épidémies de fièvre puerpérale. Aussi, à mesure que nous nous rapprochions de la fin du siècle, nous avons trouvé ces observations de plus en plus rares : après l'année 1855, nous ne retrouvons qu'un cas où la fièvre puerpérale, concordant avec un érysypèle des deux seins, précède l'empyème bilatéral et après l'année 1892 nous n'en retrouvons plus.

Aussi, nous pouvons dire que les empyèmes doubles se rencontrent plus fréquemment à la suite d'affections à streptocoque chez l'adulte et à la suite d'affections à pneumocoque chez l'enfant.

Puisque l'on trouve la pleurésie purulente bilatérale chez l'enfant et chez l'adulte, c'est que cette maladie frappe tous les âges, mais avec une inégale fréquence. En effet, les adultes sont beaucoup moins frappés, et les empyèmes vont diminuant de fréquence avec l'âge.

Chez l'enfant, ce sont la première et la deuxième enfance qui sont les plus atteintes, c'est la règle pour les empyèmes unilatéraux. D'ailleurs, nous ne saurions mieux faire que de donner le nombre de cas observés pour chaque âge.

Au-dessous de un an		3 cas			
De 1 an à 2 ans		6 »	17 ans		1 cas
2 »	3 »	6 »	18 »		1 »
3 »	4 »	1 »	20 »		1 »
4 »	5 »	1 »	21 »		1 »
5 »	6 »	6 »	22 »		2 »
6 »	7 »	4 »	24 »		1 »
7 »	8 »	4 »	26 »		1 »
8 »	9 »	1 »	27 »		1 »
9 »	10 »	2 »	31 »		2 »
10 »	11 »	2 »	34 »		1 »
11 »	12 »	4 »	38 »		1 »
12 »	13 »	2 »	50 »		1 »
13 »	14 »	1 »	60 »		1 »
15 ans		1 »			

Dans notre division en adultes et enfants, nous ne pouvions guère admettre une limite physiologique puisque cette limite n'est pas fixe, aussi avons-nous résolu de classer parmi les enfants les cas de 12, 13, 14 et 15 ans et de ranger les cas de 17 et 18 ans parmi les adultes. En cela nous avons suivi l'opinion des auteurs qui ont rapporté ces divers cas. C'est d'ailleurs la règle adoptée dans la plupart des services hospitaliers pour placer les malades dans les salles d'adultes ou d'enfants.

En terminant ce chapitre, nous ferons remarquer que la littérature anglaise nous a fourni le plus grand contingent d'observations. Peut-être est-ce à cause de la plus grande fréquence de la pneumonie dans ce pays, que nous avons retrouvée si souvent dans les antécédents personnels des malades. Il faut dire aussi que c'est surtout en Angleterre que l'on a publié des cas d'empyèmes simples et que l'on s'est occupé de la question qui fait le sujet de notre étude.

A. — **Empyèmes doubles primitifs**

Il paraîtra peut-être étonnant que nous ayons pu réunir sous ce titre quelques cas, puisque l'empyème double nous apparaît surtout comme complication d'une autre maladie ; mais l'extension de certaines observations ne nous laisse guère de doute ; dans tous ces cas, nous n'avons pas retrouvé de symptôme

faisant présumer une affection pulmonaire antérieure à la pleurésie purulente bilatérale. Le seul cas qui pourrait nous paraître douteux concerne l'observation II ; mais dans la description des symptômes nous trouvons que les signes de la pneumonie évoluent en même temps que ceux d'un épanchement. Aussi pensons-nous qu'il s'agit d'une évolution concomitante des deux affections et nous faisons rentrer cette observation dans le cadre des empyèmes doubles primitifs.

OBSERVATION I

DOUBLE ÉPANCHEMENT FORMÉ SANS DOULEUR. — DISPOSITIONS PARTICULIÈRES DE L'ÉPANCHEMENT DU COTÉ DROIT.

Andral (2). *Clinique médicale.* Paris, 1840.

Un charretier, âgé de soixante ans, entra à la Charité dans le cours du mois de juillet 1822. Depuis quelques mois il ressentait des douleurs à l'une des régions dorsale et lombaire. La colonne vertébrale n'était point déviée ; les membres avaient toute leur force ; il n'y avait pas de fièvre. Des sangsues furent plusieurs fois appliquées sur le siège de la douleur : celle-ci diminua ; mais bientôt les deux membres abdominaux s'affaiblirent et devinrent le siège d'un engourdissement habituel. L'on appliqua aux lombes deux moxas, que l'on convertit ensuite en larges et profonds cautères. Cependant la faiblesse des membres abdominaux augmenta de plus en plus ; il n'y avait pas toutefois paralysie complète, et au commencement du mois d'octobre le malade pouvait encore se soutenir sur ses

jambes. Il avait habituellement de la fièvre et tombait peu à peu dans la consomption. Mais alors de nouveaux symptômes se manifestèrent ; la respiration présenta une gêne inaccoutumée. La poitrine, percutée, rendit un son mat dans le tiers inférieur du côté gauche ; le bruit respiratoire s'y entendait beaucoup plus faiblement qu'ailleurs, et la voix dans cette même partie présentait une résonance particulière. Un large vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche. Le lendemain, 15 octobre, le bruit respiratoire était devenu nul dans tout ce côté, on n'entendait plus d'égophonie ; le son était mat depuis la clavicule et l'épine de l'omoplate jusqu'à la base du thorax. La respiration était courte, accélérée, la toux rare, l'expectoration nulle. Il était évident que la plèvre gauche était le siège d'un épanchement considérable.

Le 16, la dyspnée, l'anxiété générale étaient beaucoup plus grandes que les jours précédents. A gauche, l'auscultation et la percussion donnaient les mêmes renseignements, mais à droite en avant, au niveau et au-dessous du sein, le son était devenu mat ; le bruit respiratoire qui la veille était très intense dans ce point, s'y entendait à peine, et la voix y était chevrotante d'une manière très marquée. En arrière de ce même côté on entendait très bien le bruit d'expansion pulmonaire, sans modification de la voix ni diminution du son.

Les 17 et 18, dyspnée de plus en plus grande, face cadavérique ; diarrhée abondante. Mort le 19.

Ouverture du cadavre. — Un liquide trouble, verdâtre, mêlé à une grande quantité de flocons albumineux, existait dans les deux plèvres ; mais la disposition de l'épanchement n'était pas la même des deux côtés. A gauche, le liquide était, comme de coutume, en contact avec les côtés, et il avait refoulé le poumon sur les parties latérales de la colonne vertébrale. A droite, au contraire, le poumon était resté en contact avec les côtes, tant en arrière

que latéralement ; un liquide purulent le séparait, soit du diaphragme en bas, soit du médiastin antérieur en dedans.

Des fausses membranes, molles et parcourues par nombreux vaisseaux, tapissaient l'une et l'autre plèvre.

Une énorme quantité de pus blanc, phlegmoneux, existait dans l'abdomen, de chaque côté de la colonne vertébrale, depuis la dernière vertèbre dorsale jusqu'à la cinquième lombaire. Dans cette étendue, les muscles psoas avaient été comme disséqués par le pus. A gauche, la collection purulente ne dépassait pas l'articulation iléo-vertébrale ; à droite, elle s'étendait jusque dans la fosse iliaque. La surface latérale du corps de la première vertèbre lombaire était rugueuse, inégale, dépouillée de son périoste. Le fibro-cartilage intervertébral était entièrement détruit ; les surfaces correspondantes du corps des deux vertèbres étaient rugueuses et noirâtres. La moelle épinière et ses enveloppes ne présentaient aucune lésion appréciable, non plus que le cerveau.

Le canal digestif, ouvert et examiné avec soin dans toute son étendue, était partout d'une pâleur remarquable.

Réflexions. — Le double épanchement ne se forma ici que successivement. La douleur ne l'annonça d'aucun côté ; la collection du côté gauche existait vraisemblablement déjà depuis quelque temps, lorsque nous observâmes de la dyspnée. Elle semblait s'être formée lentement, et n'avait commencé à gêner sensiblement la respiration que lorsqu'elle était déjà considérable. La dyspnée ne devint d'ailleurs très forte, et les symptômes généraux ne furent véritablement fâcheux que lorsque du pus commença aussi à s'épancher dans la plèvre droite. Mais ce dernier épanchement différait de l'autre, et s'éloignait des cas ordinaires, en ce qu'il occupait seulement la partie antérieure de la cavité de la plèvre, et qu'au lieu de reporter le poumon vers la colonne vertébrale, il l'avait refoulé directement en arrière ; de là

l'existence du son mat et de l'égophonie à la partie antérieure du thorax.

Nous noterons encore dans cette observation : 1° l'existence d'une abondante diarrhée dans les derniers temps, sans trace apparente d'inflammation intestinale ; 2° la paralysie incomplète des membres abdominaux, qui ne reconnaissait pour cause aucune lésion appréciable de la moelle épinière. On peut présumer que les nerfs baignés par le pus avaient subi une altération quelconque qui les empêchait de transmettre complètement aux membres la faculté de sentir et de se mouvoir.

OBSERVATION II

EMPYÈME DOUBLE CHEZ UNE ADULTE

Hetherington (52). *The médical press and circular.* Londres, 1878.

M. A. C..., 31 ans, mariée, quatre enfants, actuellement enceinte de cinq mois. Le début de son affection actuelle remonte à trois semaines ; elle l'attribue à un refroidissement qu'elle avait pris pendant qu'elle lavait étant en transpiration. Elle fut reçue le 27 juillet.

27 juillet. — Etat actuel. — Dyspnée intense ; orthopnée.
Température 101° F. [1]
Pouls 116
Respiration 50

sonorité normale en avant et à gauche, inspiration facile, respiration rude. A droite et en avant sonorité normale jusqu'au quatrième espace intercostal, mais au-dessous matité et absence du murmure vésiculaire. En arrière et à droite matité dans la moitié inférieure, inspiration

(1) 38°34.

incomplète, respiration tubaire, bronchophonie et égophonie. En arrière et à gauche, matité dans le tiers inférieur et expansion incomplète. Pendant l'inspiration, il y avait une rétraction marquée des espaces intercostaux des deux côtés et les pulsations cardiaques se sentaient dans les deuxième, troisième et quatrième espace intercostal.

13 août. — Les signes physiques sont les mêmes et l'état général est encore loin d'être satisfaisant. La température, le matin, était de 100° F[1] ; le soir elle monta à 102° F[2] et 101° F[3]. La nuit fut très mauvaise, la malade transpira un peu, il y eut un peu d'expectoration purulente et spumeuse. A part la gêne respiratoire, la malade ne se plaignait d'aucune douleur. On fit une ponction exploratrice dans le septième espace intercostal en arrière et à droite avec une seringue à injection sous-cutanée ; on trouva du pus. On introduisit ensuite une canule, d'un diamètre plus grand, reliée à un flacon aspirateur et on ne retira que 25 onces de liquide purulent ; cette quantité parut suffisante mais on aurait pu en retirer davantage. Ce soir-là la température fut de 97°8 F[4].

14. — La malade semble s'améliorer, la respiration est plus facile (40 par minute). On répète la même opération du côté gauche et on retire 18 onces[5] du même pus ; le soir, température à 100°4 F[6].

15. — La respiration est moins gênée, la nuit avait été bonne mais il y avait un peu de toux. La zone de sonorité augmenta des deux côtés en avant, la respiration s'entendait mieux en haut mais ne s'entendait pas du tout en bas. Du côté gauche, dans le cinquième espace et près du mamelon, il y avait une tumeur légèrement fluctuante, dépressible mais non pulsatile. En arrière, à droite, il y avait de la matité dans le tiers inférieur, des râles crépi-

(1) 37°78. — (2) 38°89. — (3) 38°34. — (4) 36°6. — (5) 504 grammes. — (6) 37°9.

tants à la partie supérieure et de la respiration puérile en bas. En arrière, à gauche, la matité s'étendait sur tout le quart inférieur; les vibrations vocales étaient faiblement perçues des deux côtés. Les battements cardiaques se voyaient bien dans le troisième et quatrième espace intercostal ; il y avait dans toute la région cardiaque une sensibilité exagérée.

19. — Pendant ces quatre jours, la température se maintint à la même hauteur la nuit, mais retomba à la normale le matin. Il y avait encore un peu de toux ; beaucoup de sueurs la nuit; les lèvres et la bouche étaient sèches.

Respirations. 60
Pulsations... 130

On aspira de nouveau le côté droit et on retira vingt-deux onces[1] de liquide purulent.

La bronchophonie était moins marquée à la partie inférieure. Les vibrations vocales se percevaient faiblement des deux côtés.

28. — La malade se trouve beaucoup mieux, la tumeur du côté gauche est encore visible mais non douloureuse. Sur sa demande, elle quitte l'hôpital.

30 octobre. — Elle se présente de nouveau et paraît grandement améliorée ; elle s'est rendue ici venant de très loin. Peu après sa sortie de l'hôpital, elle fit une chute qui provoqua le travail ; elle accoucha d'une fille au septième mois de gestation ; cette enfant mourut quelques jours après.

Examen. — La poitrine se dilate bien à l'inspiration. Il y a encore un peu de rétraction des espaces intercostaux. Toutes les tumeurs ont disparu. En avant et à gauche, respiration et sonorité normales. En avant et à droite,

(1) 616 grammes.

sonorité jusqu'au quatrième espace et matité au-dessous. Ce côté est plus aplati que le gauche. En arrière et des deux côtés, il y a de la matité, mais elle ne remonte pas au-dessus du septième espace ; à droite, la respiration est diminuée en arrière et à droite et ne s'entend plus au-dessous du septième espace. La résonance vocale est exagérée à la partie supérieure. Les vibrations vocales se perçoivent des deux côtés. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace, sur la ligne mamelonnaire.

OBSERVATION III

PLEURÉSIE PURULENTE D'EMBLÉE. — EMPYÈME — MORT

Kelsch et Vaillard (59). *Arch. de phys. normale et pathologique*. Paris 1886.

Am....., agent comptable de la marine, âgé de 34 ans, est admis à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 16 septembre 1885, pour une pleurésie droite datant de trois semaines. L'épanchement remplit toute la cavité pleurale. Les poumons paraissent indemnes. La fièvre est élevée, l'anémie profonde et l'amaigrissement déjà accentué.

Une ponction pratiquée le 18 septembre donne issue à trois litres de pus. Le mouvement fébrile momentanément atténué se relève de nouveau à partir du 24.

Le 29, l'empyème est pratiqué. La fièvre persiste et l'amaigrissement fait des progrès rapides.

Le 13 octobre, un épanchement pleurétique se forme rapidement à gauche et nécessite une ponction ; le 26, l'opération donne issue à un litre de sérosité hématique, laissant déposer une épaisse couche purulente. La fièvre tombe, mais l'état général baisse de plus en plus et le malade meurt dans le marasme, le 31 octobre.

Autopsie. — *Thorax.* — *Côté droit.* — Le poumon est ratatiné contre la colonne vertébrale. La plèvre costale épaisse de 5 à 6 millimètres est recouverte d'un enduit crémeux ; elle est molle, comme gélatineuse et vivement injectée. Sur sa coupe, on distingue par un examen très attentif, un pointillé blanc qui probablement répond à des granulations tuberculeuses.

La plèvre pulmonaire présente un aspect analogue, mais son épaisseur est moindre. Le parenchyme est coriace, compact, tout à fait privé d'air.

Il est exempt de tubercules, excepté à la partie moyenne du tiers inférieur où l'on voit, immédiatement au-dessous de la plèvre, un semis granuleux récent et à peine appréciable à l'œil.

La plèvre diaphragmatique, notablement épaissie, présente les mêmes apparences que le feuillet costal. Dans l'épaisseur du diaphragme existe une petite masse caséeuse, ferme, enkystée, du volume d'une aveline.

Côté gauche. — La plèvre gauche est incomplètement divisée en deux cavités inégales par une bride membraneuse, résistante, interjetée entre la paroi thoracique et le poumon. Elle est remplie à moitié par un liquide séro-purulent, légèrement hématique.

La séreuse, tant pariétale que viscérale, est recouverte de dépôts membraneux aréolaires, faciles à enlever par le grattage. Sur aucun point, on n'y peut distinguer de granulations tuberculeuses. Le parenchyme pulmonaire est exempt de tubercules.

Sur la surface antérieure du cœur sont disséminées quelques granulations submiliaires.

Abdomen. — Les viscères de l'abdomen ne présentent aucune altération appréciable.

Examen histologique. — *Plèvre droite.* — Les feuillets

costal et diaphragmatique présentent des altérations identiques qui peuvent être résumées dans une description commune.

La plèvre proprement dite est épaissie. Ses vaisseaux sont turgescents et les faisceaux conjonctifs séparés par des traînées de leucocytes.

La néomembrane qui lui fait suite mesure en moyenne de 4 à 5 millimètres d'épaisseur et présente à considérer deux couches distinctes. L'une profonde est presque entièrement cellulaire. Les vaisseaux y sont excessivement nombreux et leurs parois presque toujours altérées ; la lumière en est occupée par du sang, plus souvent par des thrombus, soit granuleux, soit fibrineux, ou par des blocs vitreux, qui font corps avec la paroi. A leur pourtour se répandent fréquemment de vastes nappes hémorrhagiques qui donnent à la coupe l'aspect d'un tissu caverneux. Parmi les éléments cellulaires, les uns conservent leurs attributs histo-chimiques normaux, les autres sont transformés en petits blocs vitreux. Enfin, à la limite supérieure de cette couche, on observe quelques follicules tuberculeux et des cellules géantes libres.

La couche superficielle, qui dépasse toujours de beaucoup la profonde en épaisseur, est à peu près entièrement nécrosée ; sa surface libre est irrégulière, déchiquetée, tomenteuse, comme celle d'une cavité tuberculeuse en voie d'extension. Elle est composée en grande partie d'éléments ayant subi différents modes de nécrobiose. Sur certains points, les cellules sont devenues granuleuses ; elles sont conservées dans leur forme ou fusionnées en masses semblables au thrombus de Zahn. Plus souvent elles apparaissent vitreuses, réfringentes, parfois conglomérées en réseaux ou en lames stratifiées entre lesquelles s'insinuent des leucocytes de passage. Cette zone présente çà et là des vaisseaux oblitérés et de vestiges de follicules tuberculeux englobés dans la nécrose. La surface libre s'effrite, se désa-

grége incessamment, de là des ulcères plats, des pertes de substance cupuliformes.

Plèvre gauche. — La néomembrane épaisse de un demi à un millimètre est formée de petites cellules, de vaisseaux embryonnaires dont quelques-uns sont oblitérés par des thrombus vitreux et des nodules tuberculeux rudimentaires. A la surface, ces parties sont converties en amas granuleux, incolores, et en substance fibrinoïde, massive ou disposée en réseaux; elles se détruisent incessamment par désintégration et laissent des ulcères plus étendus en surface qu'en profondeur.

OBSERVATION IV

EMPYÈME DOUBLE, AVEC RÉSECTION COSTALE A DROITE ET DRAINAGE A GAUCHE SANS RÉSECTION. — GUÉRISON.

Blunt et Okell (14), *The Lancet*, 1888.

F. G. W..., 5 ans et 9 mois, fut reçu le 2 mars 1888 pour empyème. Les renseignements suivants furent donnés par des amis. Le père et la mère étaient vivants et en bonne santé; ils avaient deux enfants: l'aîné se portait bien et le plus jeune était notre malade. Il avait eu la rougeole en 1887 et depuis cette époque avait été plus ou moins malade. Il n'avait jamais eu la fièvre scarlatine: il était vigoureux et s'était bien porté jusqu'à maintenant. Il y avait sept semaines que sa maladie actuelle avait débuté par de la toux et de la douleur dans le côté gauche de la poitrine. Bientôt il éprouva de la douleur du côté droit et ne put plus se coucher du côté gauche. Quatorze jours avant son entrée, un docteur fit une ponction exploratrice à droite et ramena une petite quantité de pus.

État à l'entrée. — Dyspnée intense; le malade souffre

d'une vive douleur au côté droit et ne peut se coucher que de ce côté. Thorax : voussure marquée à droite ; les deux côtés se dilatent mal mais surtout le droit, de ce côté l'expansion est à peine perceptible.

Poumon droit : matité sur toute l'étendue du poumon, en avant et en arrière ; on n'entend pas le murmure vésiculaire et on entend mal la résonance vocale quand on fait parler le malade.

Poumon gauche : submatité à la base en avant ; respiration rude et soufflante à la partie supérieure ; égophonie. En arrière, matité à la base remontant à l'angle de l'omoplate ; dans cette zone le murmure vésiculaire s'entend très légèrement ; à la partie supérieure, respiration soufflante avec quelques ronchus.

Réaction de l'urine : alcaline ; pas d'albumine. Température, 98°6 F. [1]

3 Mars. — Ayant trouvé du pus à la ponction exploratrice, on donne le chloroforme, et, sous le spray, on fait une incision oblique de près de deux pouces, sur la ligne axillaire antérieure droite, et on résèque un pouce environ de la huitième côte tout en conservant le périoste. A l'ouverture de la plèvre il s'écoule trente onces [2] de pus, on place un drain d'un demi-pouce de diamètre et on panse la plaie avec de la tourbe ; le chloroforme, qui avait été donné en petite quantité, fut bien supporté. Le pansement, ayant été souillé par le pus, fut refait dans l'après-midi. Température 98°8 F [3]. Le malade respire mieux.

4. — Pansement ; le malade dort toute la nuit sur le côté droit. Respiration meilleure. Température 97°6 [4]. Les 5, 6 et 7, pansement. La température oscille entre 96°2 [5] et 98°2 [6].

8. — La respiration se fait librement du côté droit. On

(1) 37°. — (2) 840 grammes. — (3) 37°1. — (4) 36°4. — (5) 35°6. (6) 36°7.

fait une ponction exploratrice à gauche et on retire à peine un peu de pus ; on place alors l'aspirateur mais on ne peut retirer que quelques drachmes [1] de pus. Endormi au chloroforme, l'enfant respire plus librement et, sous le spray, on fait une incision de deux pouces environ au-dessous de l'angle de l'omoplate. On ne réséque pas de côte. A l'ouverture de la plèvre il s'échappe huit à dix onces [2] de pus très épais. Un drain d'un tiers de pouce de diamètre est placé et on panse les deux côtés avec de la tourbe.

9. — Respiration plus facile. L'enfant se couche principalement du côté gauche pendant la nuit. On ne panse que le côté gauche. Température 98° [3]. Le malade mange bien.

10. — Pansement des deux côtés ; l'écoulement est assez abondant à gauche. Température, 98° [4].

11. — Température 101°4 [5]. Pansement des deux côtés. On ne trouve rien dans la poitrine qui puisse expliquer l'élévation de température. Après l'administration d'un purgatif, la température s'abaisse.

20. — Température 100°4 [6]. Pansement des deux côtés et lavage des cavités avec une solution chaude d'acide borique.

26. — Température hyponormale depuis le 20. L'enfant pèse 17 kil. 300. Les poumons se dilatent bien et l'air les pénètre librement.

3 avril. — On raccourcit le drain du côté droit ; il y a très peu d'écoulement de ce côté. Le poids de l'enfant est de 17 kil. 650.

8. — Enlèvement du drain à gauche, car il n'y a plus d'écoulement depuis quelques jours.

(1) Quelques grammes. — (2) 225 à 280 grammes. — (3) 36°67. — (4) 36°67. — (5) 39°5. — (6) 38°.

10. — Le malade se couche surtout du côté droit. Poids 18 kil. 125.

11. — Le malade se lève pour la première fois.

14. — La nuit dernière, la température est montée à 102°4 [1] et le soir du 16 elle s'est élevée à 104° [2] ; à l'examen du poumon, on trouve la respiration rude et un peu tubaire au sommet droit ; on pense à la pneumonie.

17. — L'enfant a été très malade mais il dit se trouver mieux. Température 100°8 [3].

18. — Température 98°6 [4]. Il est beaucoup mieux et plus dispos. Son affection est guérie. Le côté gauche est complètement fermé.

19. — On place un drain plus court à droite ; il y a très peu d'écoulement. Température au-dessous de la normale ; elle se maintient ainsi à partir de ce moment.

23. — Poids, 17 kil. 650 ; l'appétit revient.

25. — Le malade peut se lever et se reposer sur un sofa.

27. — Le drain du côté droit est enlevé car il n'y a plus d'écoulement depuis quelques jours.

30. — A droite, la plaie est cicatrisée. Poids, 18 kil. 580. Dès ce moment, l'amélioration se fait si rapidement que l'on autorise le malade à sortir dans le jardin. Comme ses amis partent pour l'Amérique, on le garde encore à l'hôpital jusqu'à l'époque de l'embarquement.

12 mai. — On examine soigneusement les deux poumons et on ne trouve rien d'anormal ; il y a une très légère dépression du côté droit. Le malade se promène tout le jour sans ressentir de fatigue. Poids, 19 kil. 050.

Le 14 mai, l'enfant est complètement guéri et, le 3 juillet, une lettre de son père nous annonce que notre petit malade a très bien supporté la traversée et qu'il se porte mieux qu'auparavant.

(1) 39°1. — (2) 40°1. — (3) 38°1. — (4) 37°.

OBSERVATION V

EMPYÈME DOUBLE

Handford. *The Lancet*, 1891.

Le docteur Handford présente à la Société médico-chirurgicale de Nottingham un enfant, âgé de 7 ans et demi, malade depuis trois semaines et chez lequel on trouva du pus dans les deux cavités pleurales. A gauche, la matité remontait jusqu'à la quatrième côte ; à droite, à la cinquième, et en arrière elle remontait de chaque côté jusqu'au milieu de l'omoplate ; cinquante-six respirations par minute. Le 13 février, on ouvrit le côté gauche du thorax, sous le chloroforme, dans le sixième espace intercostal sur la ligne axillaire postérieure ; on réséqua trois quarts de pouce d'une côte. Sous l'influence de l'anesthésique, le malade se cyanosa mais la respiration fut grandement facilitée par l'ouverture du thorax, probablement en permettant au médiastin de se déplacer du côté gauche et en donnant ainsi plus de place au poumon droit. Dix jours après, le côté droit fut ouvert dans le septième espace au-dessous de l'angle de l'omoplate et on réséqua un pouce de côte. On enleva beaucoup de pus et un peu de fibrine coagulée. Les deux drains furent enlevés à la fin de la neuvième semaine ; trois semaines après les deux plaies étaient cicatrisées et la respiration était normale dans toute l'étendue des poumons.

L'enfant avait gagné une demi-stone[1] depuis qu'il avait été pesé à son entrée.

---

(1) 3 kilos.

OBSERVATION VI

Deanesly. *The Lancet*, 1892.

H. W..., âgé de 18 mois, fut reçu le 21 mars 1892 pour faiblesse augmentant continuellement. A son entrée, l'enfant mangeait bien mais avait un facies jaune-verdâtre très accentué. La dyspnée était intense. Du côté gauche on trouvait les symptômes ordinaires d'un épanchement pleurétique abondant; la pointe du cœur battait dans le cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire. Du côté droit, il n'y avait pas de symptôme anormal. Une ponction exploratrice confirma le diagnostic d'empyème. Le lendemain de l'entrée, on réséqua un pouce de la huitième côte gauche sur la ligne scapulaire et on retira une grande quantité de pus clair. On pratiqua l'opération sans anesthésie. Dans les huit jours qui suivirent l'opération la température se maintint autour de 100°1 et les symptômes s'améliorèrent. Le neuvième jour la température s'éleva à 103°2 et la respiration devint plus rapide. Trois jours après, une ponction exploratrice pratiquée en arrière à la base droite démontra la présence d'un second empyème. A cette époque la matité ne remontait qu'à l'angle de l'omoplate et les symptômes n'indiquaient pas l'urgence d'une intervention. On décida d'ouvrir et de drainer l'empyème droit, mais le malade mourut tout-à-coup le lendemain sans que l'on eût le temps de pratiquer l'opération. A la nécropsie, on ne trouva pas de pus du côté gauche, côté où avait été pratiquée l'opération, mais on trouva une petite poche remplie de pus à la partie inférieure et antérieure de la plèvre; cette poche ne communiquait pas avec la cavité générale.

(1) 37°78. — (2) 39°44.

La cavité pleurale droite était entièrement remplie de pus clair, le poumon était aplati et recouvert de fausses membranes. Le cœur et le péricarde étaient normaux.

OBSERVATION VII

Warbasse (107) (de Brooklyn). *Annals of Surgery*, 1893.

Enfant du sexe féminin; 10 ans. La malade fut reçue pour un empyème double d'origine idiopathique. Pouls rapide et faible; respiration rapide et peu profonde; face cyanosée.

Opération. — On résèque deux pouces de la huitième côte droite, à l'angle de l'omoplate. A l'ouverture de la plèvre, il s'écoula une grande quantité de pus contenant des matières caséeuses.

Après l'opération il y eut une prostration intense.

Sept jours après, quand la malade fut un peu rétablie, on pratiqua une seconde opération du côté gauche. On réséqua deux pouces de la huitième côte gauche au niveau de l'angle de l'omoplate. Il s'écoula de la cavité pleurale huit onces[1] de pus et de matières caséeuses. On fit un lavage avec de l'eau distillée.

Après chaque opération la malade souffrit davantage et sa toux redoubla. Après la seconde opération l'état général fut meilleur qu'après la première. Les cavités pleurales furent lavées chaque jour. Les drains furent enlevés soixante-dix jours après chaque opération. La convalescence fut rapide. Huit semaines après l'entrée, les deux plaies étaient complètement fermées.

Après les opérations, la température et le pouls baissèrent mais se maintinrent légèrement au-dessus de la nor-

(1) 226 grammes.

male pendant toute la durée de l'écoulement. La respiration, qui après la première opération était de 70 à 80, tomba petit à petit à 30.

Actuellement, dix-huit mois après son départ de l'hôpital, la malade est robuste et offre l'aspect d'une enfant pleine de santé. Au niveau de la cicatrice droite existe une dépression atteignant près d'un centimètre. Le murmure vésiculaire, au niveau de la cicatrice, est normal. Au-dessous de la cicatrice il y a de la matité et le murmure vésiculaire est diminué. Il n'y a pas de symptôme thoracique si ce n'est un peu de toux survenant de temps en temps. La malade peut respirer profondément sans provoquer de la douleur ou la production de râles. Il y a une légère cyphose dorso-lombaire qui s'est produite depuis l'opération.

OBSERVATION VIII

UN CAS D'EMPYÈME DOUBLE. — GUÉRISON.

Huntington (W.) (54). *The Lancet*, 1896.

Le 25 mai 1895, un enfant de 11 ans se trouva indisposé. Je le vis le soir; il se plaignait d'avoir un point de côté douloureux à gauche. La température était de 104° F[1]; il y avait 120 pulsations, 60 respirations et un frottement très nettement marqué. J'ordonnai un diaphorétique et fis placer des cataplasmes sur le côté. Le lendemain au soir la douleur avait diminué de beaucoup, la température était tombée à 101° F[2], la respiration à 48 et les pulsations cardiaques à 120.

23 mai, matin :	Pouls.....	96
	Respiration .	30
	Température	100° F[3]

(1) 40°. — (2) 38°34. — (3) 37°78.

24 mai, matin :	Pouls.....	116
	Respiration .	30
	Température	99° F [1]
soir...	Pouls.....	120
	Respiration .	35
	Température	100° F [2]

L'épanchement était à ce moment au-dessous de l'angle de l'omoplate.

25 mai, matin :	Pouls.....	132
	Respiration .	30
	Température	99° F [3]
soir...	Pouls.....	132
	Respiration .	30
	Température	101° F [4]

Le malade accusait maintenant de la douleur dans le côté droit, il y avait un frottement très net.

26 mai, matin :	Pouls.....	120
	Respiration .	45
	Température	100° 6 F [5]
soir...	Pouls.....	140
	Respiration .	42
	Température	101° F [6]

L'épanchement du côté gauche diminuait mais il augmentait du côté droit, si bien que la matité ne s'étendait guère que sur une zone de deux pouces et demi à gauche tandis qu'elle atteignait l'angle de l'omoplate à droite. Les dix jours suivants la température oscilla entre 98°4 [7] et 100° F [8], le pouls entre 116 et 134 et la respiration entre 40 et 50 par minute. Le murmure s'entendait presque sous l'oreille et on trouvait aux bases quelques râles

(1) 37°22. — (2) 37°78. — (3) 37°22. — (4) 38°34. — (5) 38°5. — (6) 38°34. — (7) 36°9. — (8) 37°78.

humides ; les crachats étaient légèrement rouillés. La matité avait diminué de deux travers de doigt des deux côtés ; elle n'était pas très marquée. Les vibrations vocales se percevaient bien des deux côtés mais le malade était très amaigri. Sir T. Grainger Stewart fut d'avis que l'incision n'était pas urgente et qu'il fallait attendre. Le 6 juin au soir le malade eut une dyspnée intense ; les pupilles étaient irrégulièrement dilatées, la gauche l'étant plus que la droite, aussi je décidai de faire une ponction du côté gauche car la matité y était plus accentuée que du côté droit. Je la fis dans le huitième espace intercostal au-dessous de l'angle de l'omoplate. Rien ne vint dans la seringue mais l'aiguille me donnait l'impression de se trouver dans une cavité et en la retirant je vis un peu de pus à son extrémité. Aussi je me servis ensuite d'un trocart et d'une canule (n° 3) assez large et avec l'aspirateur Dieulafoy je retirai 14 onces[1] de pus verdâtre et mal lié. Le jour suivant la température monta à 101°4 F[2] et je décidai de placer un drain. L'incision fut pratiquée au niveau de la ponction et il s'écoula 8 onces de pus mal lié. Un pansement à la gaze au sublimé fut appliqué avec de la ouate salicylée par dessus et de la tourbe desséchée, mais au bout de quatre heures on dut changer le pansement. Le pansement fut refait trois fois, le jour suivant, et la cavité fut lavée avec une solution d'acide borique. Un pansement propre fut appliqué chaque jour jusqu'au 24 juin et pendant ce temps l'écoulement diminua graduellement et devint sans odeur. Cependant la température avait affecté le type hectique ; les pulsations oscillaient entre 120 et 150, la respiration entre 36 et 50 par minute.

Le côté droit resta dans le même état jusqu'au 19 juin, époque à laquelle la matité augmenta sensiblement.

(1) 332 grammes. — (2) 38°6.

Pouls, 154,
Respiration, 54,
Température, 102°4 F [1].

De plus, le malade était devenu un véritable squelette ; ainsi, par exemple, on voyait une dépression entre le tibia et le péroné sur toute leur longueur ; le reste du corps était pareillement émacié.

La matité du côté droit restait stationnaire, aussi, le 22 juin, j'eus recours à l'aspirateur. Je fis la ponction dans la ligne axillaire et dans le sixième espace intercostal ; je retirai 38 onces [2] de pus.

L'ouverture de la ponction fut complètement fermée avec du collodion.

Le lendemain matin, la température était de 99° F [3], et le soir de 99°8 F [4].

Trois jours après (le 26 juin), la température monta à 101°5, le pouls à 144 et la respiration à 57 ; aussi, je fis une aspiration du côté droit et retirai encore 35 onces [6] de pus. Le côté gauche suppurait si peu, à ce moment, qu'il parut opportun d'enlever le drain qui avait été raccourci peu à peu. La température se maintint au-dessous de 100° F [7] jusqu'au 29 au soir où elle monta à 102°4 F [8]. L'aspiration pratiquée ramena 17 onces [9] de pus sanguinolent. Le jour suivant la température tomba au-dessous de 99° F [10], mais remonta à 100°4 [11] le 3 juillet et comme l'ouverture du côté gauche était presque fermée, je fis une incision dans le sixième espace intercostal droit sur la ligne axillaire et plaçai un drain. Près de 8 onces [12] de pus sanguinolent s'écoulèrent. La plaie fut pansée chaque jour jusqu'au 13 juillet et soigneusement lavée chaque fois. Le 19 juillet le drain fut enlevé et une semaine après l'ouverture était

(1) 39°1. — (2) 684 grammes. — (3) 37°22. — (4) 37°7. — (5) 38°34. — (6) 980 grammes. — (7) 37°78. — (8) 39°1. — (9) 476 grammes. — (10) 37°22. — (11) 38°. — (12) 224 grammes.

fermée. Le malade était extrêmement faible mais retrouva bientôt un peu de force et au milieu d'août il était presque complètement rétabli.

Il est intéressant de remarquer combien étaient légers les signes physiques dans un cas si grave ; la matité était mal délimitée, les vibrations vocales presque normales, de plus, le murmure vésiculaire se perçevait bien et la température se maintint au-dessous de 100° F[1] du neuvième jour de la maladie jusqu'au dix-huitième jour après l'aspiration.

Les principaux signes qui déterminèrent un traitement énergique furent la fréquence du pouls, son irrégularité et la dyspnée. Les urines étaient normales et il n'y avait pas de souffle cardiaque. On ne réséqua de côte d'aucun côté.

OBSERVATION IX

CAS D'EMPYÈME DOUBLE CHEZ UN ENFANT. — OPÉRATION. — GUÉRISON.

Milligan (78). *The british medical journal*, 1900.

Fille de six ans reçue à l'hôpital de Bristol, le 10 juillet 1899 ; cyanose ; 86 respirations à la minute. Il y a quinze jours, début brusque par un point de côté à droite et par de la fièvre. Au moment de l'entrée, on trouve 38°, 160 pulsations et 86 respirations ; sonorité en haut avec râles bronchiques, matité aux deux bases avec silence respiratoire. Ponction exploratrice : pus dans les deux plèvres. On fait l'aspiration à gauche et on retire près de 400 grammes de pus épais, ce qui améliore la situation et fait tomber les respirations à 56 par minute. Le lendemain on ponctionne

(1) 37°78.

le côté droit et on retire 150 grammes de pus. Deux jours après la cyanose étant revenue, on fait à gauche une nouvelle thoracentèse qui donne plus de 300 grammes de pus épais.

Le 25 juillet (5 jours après l'admission), pleurotomie dans le 6e espace du côté droit, dans la ligne axillaire, avec drainage. Amélioration. Deux jours après, thoracentèse à gauche (140 grammes de pus). Six jours après, on retire du même côté 450 grammes de pus. Le 10 août, pleurotomie à gauche dans le 5e espace. Guérison rapide. L'examen bactériologique a montré le pneumocoque.

B. — Empyème double après la pneumonie.

Nous avons réuni aux observations de pneumonie, quelques cas de broncho-pneumonie et de pleuro-pneumonie. Nous estimons, en effet, que ces différents cas doivent rentrer dans le même cadre au point de vue étiologique.

OBSERVATION X

UN CAS DE PÉRICARDITE PURULENTE ET D'EMPYÈME DOUBLE. — OPÉRATION. — MORT.

Sevestre (92), *The Lancet*, 1898.

Un homme, âgé de 22 ans, fut reçu à l'hôpital d'Addenbrooke, Cambridge, le 12 mai 1897, dans le service de M. le Professeur Bradbury, qui a eu la bienveillance de me permettre de publier le cas. Le 7 mai 1897, le malade eut des frissons et se plaignit d'un point de côté à gauche ; bientôt après il toussa. A son entrée, le 12 mai, le facies indiquait de la douleur et on remarquait une éruption

d'herpès autour des ailes du nez et à la commissure droite de la bouche. La langue était chargée. Le pouls (112) était irrégulier dans ses pulsations et sa pression. La respiration (56) était souvent interrompue par une petite toux brève ; les crachats étaient épais, muqueux et rouillés; on y trouva des pneumocoques. Les signes physiques de la poitrine étaient les suivants. L'amplitude était diminuée à gauche, les vibrations vocales manquaient dans la partie latérale et à la base du poumon gauche. Il y avait de la matité au-dessous du milieu de l'omoplate gauche; elle s'étendait à la partie latérale et, dans cette zone, la respiration était faible et bronchique ; à droite la respiration était exagérée et il y avait quelques râles humides. La situation de la pointe du cœur ne put être déterminée mais on sentait les battements dans le 4e espace intercostal gauche. L'aire de matité cardiaque n'était pas augmentée; les bruits étaient clairs mais lointains. Il n'y avait pas de frottement. Il n'y avait rien d'anormal du côté de l'abdomen et des membres. La densité de l'urine était de 1030; il y avait des traces d'albumine. On porta le diagnostic de pneumonie. Le 15 mai le malade se plaignit d'un point de côté à droite et on put entendre des frottements pleuraux. Le 18 il était agité, toussait beaucoup et expectorait avec beaucoup de difficulté quelques crachats épais et purulents. Les signes physiques faisant soupçonner un épanchement pleural gauche, on fit une ponction exploratrice dans le 7e espace intercostal sur la ligne axillaire postérieure : le résultat fut négatif. On trouva, avec difficulté, les battements de la pointe du cœur dans la 5e espace intercostal sur la ligne mamelonnaire ; la limite droite de l'aire de matité cardiaque dépassait d'un pouce le bord droit du sternum ; la limite supérieure se trouvait dans le 3e espace intercostal ; les bruits étaient lointains et on les entendait difficilement. Le pouls était irrégulier. Le 24, le malade se couchait avec persistance depuis quelques jours sur le côté

gauche ; les changements de position étaient douloureux. On lisait l'anxiété sur la face ; le facies était pâle, presque cyanosé, surtout après une crise de toux. La tête et les extrémités étaient froides et moites de sueur. Il n'y avait de sommeil qu'après les crises de toux. Le malade comprenait quand on lui parlait, mais délirait quand on ne lui adressait pas la parole. La température était erratique, avait une tendance à s'élever davantage le soir que le matin, mais pendant quelques jours elle ne dépassa pas 101°1. Les signes physiques du poumon gauche n'étaient pas sensiblement altérés ; à la base du poumon droit il y avait de la matité et le murmure vésiculaire était diminué. On fit une ponction exploratrice dans la partie latérale gauche et on retira une pleine seringue de pus ; cette ponction parut améliorer le malade ; on essaya de pratiquer l'aspiration, mais on ne ramena pas de pus. Le 25, l'état du malade était plus mauvais. La sueur couvrait la face et les extrémités qui étaient froides et cyanosées. La respiration était rapide et brève. Le pouls variait à chaque instant et devenait tout à coup à peine perceptible et incomptable. On ne sentait plus les battements dans la zone cardiaque. La limite droite de la zone de matité cardiaque était à un pouce du mamelon droit ; la limite supérieure atteignait le bord supérieur de la seconde côte ; à gauche la matité se confondait avec celle du poumon. Les bruits cardiaques se percevaient difficilement.

Comme l'état du malade devenait rapidement grave, M. le Professeur Bradbury, après une consultation avec M. le Professeur Allbutt, décida de ponctionner le péricarde. L'aiguille exploratrice fut enfoncée à un pouce du bord gauche du sternum dans le quatrième espace intercostal, et on retira du pus ; on plaça alors l'aiguille de

(1) 38°34.

l'aspirateur Potain au même endroit et on retira 25 onces [1] de pus crémeux et inodore ; l'examen bactériologique démontra que l'on avait affaire à du pneumocoque pur. Dès l'évacuation du pus, le résultat fut extraordinaire ; la cyanose et la sueur disparurent complètement, le pouls fut meilleur au poignet, la respiration plus profonde et moins fréquente ; le malade se coucha aisément sur le dos. La pointe du cœur battait dans le cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire, les bruits du cœur étaient distincts et clairs, le frottement synchrone au battement du cœur s'entendait au bord supérieur de la matité cardiaque qui maintenant ne dépassait pas le bord inférieur de la troisième côte. Le 26, le malade passa une bonne nuit. Le pouls et la respiration étaient bien meilleurs. La température du matin était de 98° [2]. En présence de cette amélioration, on décida d'ouvrir le péricarde. M. Byles, après quatre injections d'une solution de cocaïne à 4 %, à l'endroit où on avait pratiqué la ponction, incisa jusqu'au péricarde ; comme on sentait les battements cardiaques dans le fond de la plaie, on introduisit une aiguille à injection hypodermique et on retira du sang pur ; on décida de ne pas aller plus loin. Le 28, la face était cyanosée, le malade était agité, se parlait à lui-même mais répondait bien quand on lui parlait. Trente-deux respirations. Toux légère et expectoration de crachats muco-purulents et épais. Cent quarante-huit pulsations ; pouls faible, irrégulier dans ses pulsations et sa pression. Le 29, l'état du malade était grave.

Les traits étaient tirés, la face cyanosée et moite de sueur. Soixante respirations et cent vingt-huit pulsations ; le pouls était faible mais non paradoxal. La température était erratique, il y avait une élévation le matin. On ne

(1) 700 grammes. — (2) 36°67.

pouvait trouver d'impulsion cardiaque ; la matité cardiaque était plus étendue qu'avant l'aspiration. Les bruits du cœur étaient sourds. Dans les derniers jours le malade se plaignit d'une douleur à l'épigastre. La zone de matité du foie était augmentée vers le bas. Comme il semblait que la cavité péricardique s'était remplie de nouveau, M. Byles fit une seconde fois une ouverture dans le quatrième espace intercostal gauche et le pus s'écoula immédiatement après l'ouverture du péricarde. Il augmenta alors l'incision et plaça un drain. Il s'écoula 45 onces[1] de pus. Il y eut une amélioration très marquée. Le 31, l'état général du malade n'était pas bon. On comptait 32 respirations et 124 pulsations. Les signes physiques indiquaient un épanchement pleural dans les deux cavités ; la ponction exploratrice démontra que l'on avait affaire à un épanchement purulent. Sous le chloroforme, M. Byles réséqua un pouce de la neuvième côte gauche au-dessous de l'angle de l'omoplate et retira 15 onces de pus ; deux jours après il réséqua la même longueur de la neuvième côte droite et il s'écoula 25 onces[2] de pus. Il y avait du pneumocoque dans le pus des deux plèvres. Le 4 juin, le malade était dans un état satisfaisant, le pouls était meilleur et la température avait baissé (100°)[3]. Il s'écoula une grande quantité de pus des trois plaies ; comme le pus qui s'écoulait du péricarde était épais et visqueux, on lava chaque jour le péricarde avec une solution chaude d'acide borique ; il n'y eut pas d'accident. Les bruits du cœur ne pouvaient être nettement distingués, d'abord à cause du frottement péricardique et ensuite à cause du tintement métallique dû sans doute à la présence du liquide. Le 8, l'état général n'était pas aussi bon ; le malade était très amaigri et très faible. Le pouls était de 120, régulier mais dicrote. Il y avait 40 respirations sou-

(1) 1.180 grammes. — (2) 560 grammes. — (3) 37°78.

vent interrompues par des crises de toux qui provoquaient de la douleur à la partie inférieure du sternum. Le 12 juin, le malade était depuis quelques jours très faible et irritable. Après une période d'agitation, il tomba dans le collapsus et mourut.

L'examen bactériologique et l'autopsie furent pratiqués par le professeur Kanthack. Le sac péricardique était agrandi mais pas considérablement ; les parois viscérale et pariétale étaient épaissies et recouvertes de pus ; il y avait un peu de pus au fond du sac péricardique. Le myocarde était plus pâle qu'à l'état normal et il y avait un peu d'infiltration au-dessous du feuillet péricardique. L'intérieur du cœur n'offrait rien de particulier. Les deux poumons adhéraient fortement à la paroi thoracique ; un empyème considérable occupait les deux côtés. Les différents lobes pulmonaires adhéraient l'un à l'autre ; à la coupe, ils offraient une couleur grisâtre et de l'œdème. Ils étaient mous, friables, et une pression légère faisait couler du pus des bronchioles. Il n'y avait ni gangrène, ni abcès. Le foie avait l'apparence de la noix muscade. Les reins étaient engorgés.

OBSERVATION XI

PNEUMONIE DOUBLE ET EMPYÈME DOUBLE

Clinique médicale de M. le Professeur Gaubet. M. le Docteur Frenkel (42), agrégé, suppléant.

Nicolas Ch..., âgé de 38 ans, entré le 23 juin 1901, salle Notre-Dame. Evacué dans le service de M. le Docteur Cestan le 18 juillet. Sorti le 19 septembre 1901.

Antécédents héréditaires. — Père mort subitement à 55 ans. Un frère en très bonne santé. Marié ; six enfants bien portants ; deux morts tout jeunes.

Antécédents personnels. — Pas de maladie vénérienne, A 12 ans, fièvre typhoïde de moyenne intensité.

Alcoolique : de 18 à 25 ans a bu, en moyenne, un demi-litre d'absinthe par jour. Dans la dernière année de cette période, le malade avait de violents cauchemars, sautait à bas de son lit et renversait tous les objets qui lui tombaient sous la main. Il craignait de devenir fou.

Suppuration du ganglion sous-occipital gauche; on aperçoit encore la cicatrice.

Maladie actuelle. — Le 12 juin, le malade fit une course d'une heure sous une pluie battante. Le 15 il ressentit un violent mal de gorge et s'alita le 16. Le docteur qui fut appelé diagnostiqua une fluxion de poitrine double.

Du 16 au 23 le malade avait souvent du délire et la température était très élevée. La soif était impérieuse : le malade buvait de quatre à cinq litres de tisane par jour; il y avait des sueurs profuses et la face était sans cesse ruisselante.

Fait à noter : le malade n'a pas rendu une seule goutte d'urine pendant trois jours; il n'avait pas envie d'uriner et n'éprouvait aucune douleur.

Le 23 le malade entre à l'hôpital.

La pneumonie double était près d'être guérie, mais à ce moment se déclarait une pleurésie double. On fit une ponction et l'examen bactériologique décéla le pneumocoque. Le 3 juillet on fit une ponction à gauche et on retira 800 grammes d'un liquide purulent, jaune-verdâtre, mobile. Le lendemain on fit à droite une ponction identique. La température tomba et les phénomènes généraux s'améliorèrent pendant quelques jours.

Examen du malade (11 juillet). — Facies pâle et amaigri; narines dilatées, battements des ailes du nez; bouche entr'ouverte, lèvres sèches. Gêne respiratoire très marquée.

La peau ne présente pas de coloration anormale. Sur la

paroi abdominale, on aperçoit un piqueté fin, probablement d'origine médicamenteuse. Dans la région scapulaire on reconnaît les traces de deux vésicatoires et au-dessous les incisions correspondant aux ponctions.

Au niveau des commissures labiales on note la présence de petites plaques d'herpès (nous n'avons pu savoir ni la date ni l'ordre de leur apparition).

Les dents, sauf les grosses molaires, sont en bon état; la langue est rosée sur les bords, blanchâtre et saburrale dans les parties centrales.

Le cou est très amaigri; la dépression sus-sternale et le creux sus-claviculaires sont élargis; en outre, on voit une dépression entre les deux chefs du sterno-cleido-mastoïdien au niveau de leurs attaches inférieures.

Percussion : La matité sur la ligne des épines s'étend depuis la 12e jusqu'à la 5e côte environ. En avant la limite supérieure passe au-dessous du mamelon.

Par l'auscultation, on constate dans cette région :

1° L'abolition du murmure vésiculaire;

2° Un bruit de souffle lointain et voilé, surtout net à l'aspiration;

3° La pectoriloquie aphone n'est pas nette.

On perçoit, en outre, quelques frottements au niveau de la limite supérieure de la matité.

L'espace de Traube n'a pas subi de notables modifications. La pointe du cœur est légèrement déviée à droite. Le foie n'est pas sensiblement abaissé. Les deux côtés du thorax sont égaux et on n'y distingue pas de voussure.

Nous n'avons pas pu rechercher la rate, la palpation au niveau du rebord costal étant excessivement douloureuse.

Le ventre n'est ni ballonné ni douloureux à la pression.

Respiration accélérée — R = 30 à 35 par minute. Type costo-abdominal avec participation des muscles auxiliaires.

Toux : Le malade ne tousse pas.

Pouls : 105. Il s'est toujours maintenu au-dessus de 100. A noter que, sur la courbe, le pouls a toujours été pris avant les diverses interventions effectuées sur le malade sauf pour la ponction effectuée le 24 juillet.

Urines : Foncées, troubles, peu abondantes. Atteignent seulement 500 c.c. lorsque la température dépasse 38°.

Densité :	1022		
Chlorures :	1.2 par litre	0gr6	par 24 heures
Phosphates :	2.75 » »	1.37	» » »
Urée :	30.26 » »	15.13	» » »
Albumine :	0		
Glucose :	0		
Δ :	— 1.49		

Le 15, on fit une nouvelle ponction à gauche qui ramena 400 gr. d'un liquide jaune-verdâtre, purulent, mobile, sans grumeaux. Le malade fut momentanément soulagé. La température et le nombre de respirations diminuèrent sensiblement sans cependant retomber à la normale.

Le 16 au soir, la température était remontée à 38°6 ; comme elle se maintenait, le 18 on évacua le malade en chirurgie.

Le 19, à midi, M. le Dr Cestan fit la pleurotomie à gauche (cocaïne). Il s'écoula environ 1.500 grammes d'un liquide séro-purulent, crémeux, bien lié et de coloration jaune-verdâtre.

Le mieux, comme après chaque ponction, a été passager.

Le 24 on a dû faire une nouvelle ponction, à droite cette fois. La température et le nombre de respirations ont diminué pendant quelques jours ; puis, progressivement, la température vespérale s'est élevée pour atteindre à nouveau 38°. Il est à noter toutefois que du 24 au 30 l'état

général du malade s'est amélioré. Le facies est très maigre, mais le malade est plus gai et la respiration n'est plus douloureuse comme auparavant. La toux avait reparu pendant quelques jours ; elle céda au traitement.

Malgré une nouvelle ponction faite à droite, le 24 juillet, la température était allée en augmentant. Le 29 juillet, elle atteignait 39°1 le soir. Le 2 août, M. le Dr Cestan a pratiqué l'empyème à droite. Il s'est écoulé au moins 1.800 grammes de pus. Les caractères du pus étaient identiques à ceux du pus retiré du côté opposé (jaune-verdâtre, épais, bien lié). On a drainé la plaie ; pas de lavages internes, lavage seulement autour de l'incision. La suppuration s'est prolongée plus d'un mois ; vers la fin de la première semaine de septembre elle avait presque complètement cessé et les drains ont pu être retirés quelques jours après.

Aussitôt après l'opération, la respiration est devenue facile et plus ample ; les douleurs thoraciques ont peu à peu disparu et en particulier la sensation d'oppression et d'étouffement. Huit jours après, l'appétit et les forces étaient revenus ; le malade pouvait se lever pendant plusieurs heures sans éprouver trop de fatigue. Toutefois la température a continué à osciller pendant tout le mois d'août entre 37°, 37°5 et 37°8.

A partir du 5 septembre, la température est à peu près retombée à la normale.

Le malade est sorti le 19 septembre. Il était considérablement amaigri (poids : 75 kilogr. au début de la maladie et 56 le 26 septembre 1901). L'appétit était bon, mais les digestions pénibles.

Le 26 septembre 1901 le malade revient pour se faire examiner. Il éprouve un sentiment de fatigue et de lassitude qui l'empêche de reprendre ses travaux. Il porte encore un pansement mais il n'y a plus de suppuration, ni à droite ni à gauche. Il n'a pas de fièvre le soir. Il se

lève à neuf heures et se couche à cinq heures. Il est très essoufflé pendant la marche.

A l'inspection : respiration costo-abdominale (24 à la minute) avec le concours des muscles auxiliaires.

En arrière, à droite, il y a une fistule au niveau du 9e espace intercostal ; à gauche, fistule plus grande dans le 8e espace intercostal.

Le côté droit du thorax est plus volumineux que le gauche. Pendant l'inspiration, le côté gauche du thorax se développe bien, le côté droit demeurant en arrière.

Percussion. — Sonorité normale en arrière. En avant, la matité hépathique commence dans le sixième espace intercostal. Matité cardiaque normale. Espace de Traube sonore.

Auscultation. — En arrière et en haut, murmure vésiculaire normal à droite, renforcé à gauche.

En arrière et en bas : murmure vésiculaire affaibli à droite et légers frottements ; à gauche murmure vésiculaire renforcé et frottements pleuraux.

En avant et à droite : respiration normale ; à gauche et en haut : frottements.

Pectoriloquie ; pas d'égophonie.

Vibrations thoraciques : En arrière : renforcées à droite, affaiblies à gauche. En avant : normales des deux côtés.

Cœur. — La pointe bat dans le cinquième espace intercostal en dehors du mamelon. Matité cardiaque normale. Pas de souffle à la pointe et à la base ; pas d'exagération du deuxième bruit pulmonaire.

Foie. — Pas augmenté de volume.

Pouls : 88, régulier.

Urines : Pas d'albumine.

Radioscopie le 27 septembre 1901.

En avant. Les deux sommets sont intacts.

A droite. Le diaphragme présente des contours un peu flous, surtout latéralement, la partie médiane étant plus mobile.

A gauche. Le diaphragme est très nettement dessiné. Au-dessous du diaphragme, une zone claire correspondant à l'espace de Traube au-dessus de laquelle se voyait le poumon transparent. Pas d'opacité sur toute l'étendue du poumon.

En arrière. Rien aux deux sommets.

A droite. Diaphragme immobile dans sa partie externe. L'opacité diaphragmatique remonte un peu plus haut dans sa partie latérale que dans sa partie médiane. La colonne vertébrale est coiffée, de la sixième à la dixième vertèbre, d'une opacité oblongue de la largeur d'un doigt.

A gauche. Mobilité diaphragmatique parfaite. Le diaphragme dessine une ligne nettement tranchée. Pas d'obscurité sur toute la surface pulmonaire gauche. Le cœur n'est pas dévié.

OBSERVATION XII

Sangster. *The Lancet*, 1880. — In Bouveret (16), Traité de l'empyème, Paris, 1888.

George L..., âgé de 2 ans, était atteint d'une bronchopneumonie depuis deux semaines. A ce moment, les signes physiques de cette maladie avaient disparu, et l'on ne constatait plus que quelques râles fins et un peu de matité à la base du poumon droit, en arrière. Il n'y avait ni frottement ni aucun autre signe de pleurésie. Mais la persistance d'une dyspnée hors de proportion avec les signes physiques et l'élévation de la température à 39°4, firent suspecter la présence du pus dans la plèvre, bien que pendant plusieurs jours un examen attentif ne permit pas d'être affirmatif sur ce point.

Cependant la matité parut augmenter et le murmure respiratoire devenait moins distinct. La mensuration de la poitrine restait sans résultat. L'état général du malade devenait mauvais. On résolut de faire une incision de la plèvre ; mais auparavant on fit une ponction exploratrice avec une seringue à injections hypodermiques. Cette ponction donna du pus. L'enfant fut chloroformé, et on fit une incision, suivant le procédé habituel, entre la huitième et la neuvième côte, sur la ligne de l'angle de l'omoplate. Il sortit une quantité considérable d'un mélange de pus et de sérosité. Un tube à drainage fut introduit dans la plaie. Aussi longtemps que la plaie resta ouverte, on fit des injections dans la cavité, d'abord avec une solution faible d'acide phénique, ensuite avec une solution iodée.

Le résultat de cette opération ne fut pas satisfaisant. La dyspnée resta aussi vive qu'auparavant, la fièvre diminua très peu et la toux persista. Au moment de l'opération, le côté gauche avait été soigneusement examiné, mais on n'y avait découvert aucun signe d'épanchement. Cinq jours plus tard, il parut probable que la plèvre gauche contenait du liquide. Une ponction y fut pratiquée et donna du pus. Avec l'aspirateur on retira deux onces [1] de liquide. Pendant deux ou trois jours, il y eut une certaine amélioration, puis la dyspnée reparut graduellement et devint tellement intense qu'on fit une seconde ponction par laquelle on retira six onces de pus. Après cette opération, il y eut une amélioration très marquée dans l'état du malade. Il se rétablit progressivement. Sa guérison fut retardée par deux bronchites et par de la diarrhée survenant de temps en temps.

Trois mois environ après la dernière ponction, et six semaines après l'occlusion de l'incision du côté droit, le petit malade, si amaigri avant l'intervention, avait engraissé,

(1) 56 grammes.

pris des couleurs et respirait sans aucune gêne. Cependant nous n'avons pas pu, depuis, faire un nouvel examen de la poitrine, car l'enfant n'est plus soumis à notre observation.

On a publié plusieurs cas d'empyème guéris par la simple ponction, et la question se pose de savoir si on ne doit pas la tenter et même la répéter, avant d'avoir recours à l'opération de l'empyème.

OBSERVATION XIII

Brauser (17) de Ratisbonne. — In *Traité de l'empyème*, Bouveret (16), Paris 1888.

Petit garçon de 3 ans, fort et vigoureux. Après une scarlatine : néphrite, pneumonie et pleurésie double exsudative. Quatre semaines après le commencement de la maladie, fièvre. Deux semaines et demie après, la présence du pus est constatée au moyen du trocart explorateur, et, aussitôt, la section pleurale est pratiquée, à droite, entre la sixième et la septième côte, sur la ligne axillaire. Il sort environ un quart de litre de pus, sans odeur. La dyspnée cède en partie, mais la température continue à se maintenir élevée. Dix jours après la première opération, la pleurotomie est faite aussi du côté gauche. Un peu de pus, mais dans les mêmes conditions, fait issue au dehors.

Guérison définitive environ deux mois après la dernière opération.

OBSERVATION XIV

Francis Huber (53). In thèse Bluzat (15), Paris 1899.

Benny S..., garçon âgé de treize ans et huit mois, tomba le 18 janvier dans un trou d'une profondeur de 18 pieds ;

il en fut retiré sans connaissance et transporté dans une maison voisine où on l'inonda d'eau froide. Il ne présentait aucune blessure à la tête, aucune trace de fracture de côte. Quelques heures plus tard il sentit le froid, fut pris d'un violent frisson, d'une dyspnée intense avec élévation de température; il cracha un peu de sang.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

La dyspnée persistant, on l'examina le troisième jour et on porta le diagnostic de double pleuro-pneumonie. La matité n'était pas tout à fait complète du côté gauche; battements du cœur faibles.

Le cinquième jour, 9 janvier. — L'enfant est dans un état assez grave pour ne pas pouvoir se lever, le rythme respiratoire est de 60 par minute; le pouls, petit, bat à 150 et la température rectale est de 104° 1/2[1] Fahreinheit.

Diagnostic. — Double pleuro-pneumonie grave avec œdème pulmonaire étendu en avant.

Traitement. — Alcool, digitale, camphre et morphine. Le pouls reste faible; cependant une lente amélioration se manifeste en une quinzaine de jours. Alors seulement on peut asseoir le petit malade et examiner son thorax en arrière, ce qui n'avait pu être fait jusqu'alors. On constate la présence d'un double épanchement pleural. La ponction exploratrice montre que cet épanchement est purulent.

Le 31 janvier. — Vingt-septième jour, une ponction aspiratrice du côté droit donne lieu à plus d'une pinte[2] de pus. Au cours de l'opération, le trocart s'oblitère.

Le 2 février. — On incise la plèvre gauche sous l'angle de l'omoplate; il s'échappe beaucoup de pus; on ne voit pas de trace d'hémorrhagie pleurale, ni de déchirure du poumon. Drainage, lavage à l'eau chaude. Pansement iodoformé.

(1) 40°28. — (2) 0 litre 675.

Le 6 février. — L'opération de l'empyème par incision simple est pratiquée du côté droit. Il sort beaucoup de pus, en quantité telle qu'on se demande comment l'enfant pouvait respirer; on retire aussi de grosses masses de fibrine coagulée. Lavage quotidien des deux plèvres à l'eau chaude.

L'urine est très albumineuse et le malade présente une escharre sacrée de décubitus. Cependant peu à peu l'état s'améliore ; si bien que vers le milieu du mois de mars, cinq semaines après l'incision, les deux drains purent être enlevés.

L'enfant reprend des forces ; la cicatrisation des plaies marche rapidement et l'escharre sacrée est en voie de guérison. Au commencement d'avril les deux plaies sont complètement cicatrisées ainsi que l'escharre. Le malade quitte l'hôpital.

Le 17 avril. — Le malade fut examiné de nouveau, l'état général est excellent et l'expansion pulmonaire est complète des deux côtés.

OBSERVATION XV

Francis Huber (53). In thèse Bluzat (15). Paris, 1899.

N. V..., enfant de cinq ans et demi, tombe du siège d'un wagon sur le sol et perd connaissance pendant un court espace de temps. Revenu à lui, il ne paraît se ressentir de rien, reprend ses jeux et rentre chez ses parents quelques heures plus tard. C'est alors qu'il fut pris de maux de tête, de fièvre et de vomissements avec un léger délire et quelques accès de toux. Le thermomètre marquait de 104 à 105 (1) degrés Fahreinheit. L'état alla en s'aggravant

(1) 40° à 40°5.

pendant une semaine ; au bout de ce temps, l'enfant est prostré ; il y a de la diarrhée, une langue sèche et brunâtre, un état typhoïde ; cependant on ne constate que des signes très vagues du côté de la poitrine.

Le huitième jour, l'examen complet du malade, qui n'a d'ailleurs eu aucune lésion du crâne ni du squelette, dénote l'existence d'un épanchement pleural droit, et la ponction exploratrice prouve qu'il est purulent.

Le 7 juin. — On pratique la pleurotomie sous l'angle inférieur de l'omoplate ; il s'écoule une grande quantité de pus. Après avoir placé un grand drain dans la plèvre, on fait un lavage à l'eau chaude et un pansement iodoformé.

Le quatrième jour, apparaît sur la jointure métatarso-phalangienne du pied gauche un abcès que l'on ouvre ; en même temps on constate sur le côté gauche de la poitrine de la matité vers la partie inférieure ; on perçoit quelques frottements en arrière et à gauche et une respiration bronchique intense.

Le 16 juin. — On diagnostique une pleuro-pneumonie gauche et la ponction exploratrice montre que l'épanchement est purulent.

Le lendemain 17 juin. — Opération de l'empyème sans résection costale ; cette intervention évacue plus d'une pinte[1] de pus ; l'état général s'améliore ; la plèvre est drainée. On refait le pansement tous les trois jours et on lave avec la solution de sublimé à 1/10,000.

Le quatorzième jour après l'opération, l'enfant va mieux au point de pouvoir être exposé à l'air sur une chaise, et en moins d'un mois la suppuration est tarie. L'expansion pulmonaire paraît bonne ; il existe peu de pus. On avait noté aussi un peu d'incurvation de la colonne vertébrale à gauche avant l'intervention.

(1) 0 litre 675.

Cette incurvation diminue notablement en quelques jours quand le malade commence à marcher ; les drains qui avaient trois pouces et demi sont diminués de longueur.

Le 28 juillet. — L'état général est très bon ; le drain du côté droit est trouvé dans le pansement ; on ne le remet pas. La plaie droite se referme bientôt, et il ne persiste aucune dépression de ce côté.

Le 3 août. — Il s'écoule encore un peu de pus du côté gauche, mais en faible proportion ; la plaie bourgeonne et se ferme définitivement le 25 août. L'expansion pulmonaire paraît bonne sur toute l'étendue.

L'état général très satisfaisant, l'enfant peut être considéré comme guéri.

OBSERVATION XVI

Morgan (80), *The Lancet*, 1890.

J. W. F..., enfant de six ans et de bon embonpoint, fut reçu à l'hopital Charing-Cross, le 26 mars 1889 dans le service du Dr Bruce, pour une toux persistante et de la dyspnée. Deux ans avant, il avait été soigné à l'hôpital Saint-Bartholomée pour une coqueluche accompagnée d'épistaxis et d'hémorrhagies buccales ; depuis lors sa santé avait été délicate. La maladie actuelle a commencé huit jours avant son entrée par un mal de gorge suivi d'une pneumonie pour laquelle il fut soigné par un docteur.

A son entrée, il avait 152 pulsations cardiaques et 68 respirations. Il y avait du liquide des deux côtés du thorax, mais en quantité plus grande du côté gauche. De ce côté la matité s'étendait partout au-dessous du deuxième espace intercostal. La pointe du cœur était repoussée en bas et en dedans et se trouvait légèrement à gauche du bord gauche du cartilage xyphoïde. Du côté droit, on entendait des

râles bulleux du sommet au niveau de la neuvième côte. En arrière la matité s'étendait du tiers supérieur du bord vertébral de l'omoplate à la douzième côte ; dans cette zone la respiration était voilée et il y avait de la bronchophonie. A droite la matité s'étendait en bas à partir du niveau de l'angle de l'omoplate. Au-dessus on entendait des râles crépitants et dans la zone de matité le murmure vésiculaire était perceptible. L'enfant avait une toux saccadée et se couchait de préférence du côté gauche. Le jour suivant on enfonça un trocart dans le septième espace intercostal un peu en avant de la ligne postérieure de l'aisselle et on retira huit onces [1] de liquide presque clair. Le lendemain il y eut un peu moins de dyspnée et l'enfant ne fut pas aussi souffrant. Il se couchait sur le côté droit, la respiration s'accompagnant d'une petite toux sèche. Les narines étaient toujours dilatées, mais la respiration tomba à 52 et les pulsations à 104. Le côté gauche se dilatait plus que le droit ; le type respiratoire était maintenant diaphragmatique. A la palpation, les vibrations vocales persistaient à la partie supérieure du côté droit mais dans une moins grande étendue à gauche. La pointe du cœur battait juste au-dessous du mamelon. La matité postérieure était bien moins étendue. Le 28 mars, la respiration était de 68 et le pouls de 104. On nota de l'emphysème sous-cutané autour du point où on fit la ponction ; il s'étendait en bas jusqu'à l'abdomen. Les sept jours suivants, l'état ne s'aggrava pas mais le point où on avait fait la ponction suppura et le 5 avril on fit une ponction exploratrice qui ne ramena pas de pus. Le septième jour on en fit une autre du côté droit ; on retira un peu de liquide purulent et épais et le neuvième 22 onces [2] de pus au moyen de l'aspirateur. Le 11, on retira 4 onces de pus au moyen de l'aspirateur du côté gauche. Pouls : 120 ; respiration : 62. L'enfant maigrit

(1) 224 grammes. — (2) 616 grammes.

rapidement, et l'aspect général indiqua de la gêne respiratoire et l'action pénible du cœur. M. Morgan fut appelé en consultation ; il fut d'avis qu'une large ouverture devait être faite au pus d'un côté du thorax par une incision et, si c'était nécessaire, de réséquer une ou plusieurs côtes. En conséquence, le 18 avril on administra la mixture A. C. E. qui fut bien supportée en dépit de la double affection du thorax. La plèvre du côté gauche fut incisée et on réséqua un pouce et demi de côte. Une grande quantité de pus fut évacuée, un drain et un pansement antiseptique appliqués. En raison de l'état de faiblesse du malade, il valait mieux différer l'opération pour le côté opposé. L'opération donna une grande amélioration ; le poumon se dilata et occupa une grande portion de la cavité thoracique. La respiration diminua de fréquence, mais l'état du côté droit altérait beaucoup l'état de santé du malade. Le 25 avril, on retira 12 onces [1] de pus du côté droit par aspiration.

Le 1er mai, 12 jours après la première opération, on donna le chloroforme qui fut bien supporté, et on fit la même opération du côté droit. Sitôt que la plèvre fut ouverte, il sortit une si grande quantité de pus qu'on ne put retourner le malade de peur que l'écoulement ne se fit trop rapidement ; on plaça un drain et un pansement antiseptique. On dut changer le pansement le même jour, parce qu'on le trouva souillé par l'écoulement. Dès ce moment la suppuration diminua graduellement et l'état général de l'enfant s'améliora beaucoup. La face tirée et bistrée recouvra ses belles couleurs et l'œdème des doigts qui était très marqué avant l'opération commença à diminuer. La respiration devint moins rapide et la température retomba, si bien qu'il n'y avait plus que 50 respirations et que la température était au-dessous de la normale.

(1) 336 grammes.

En dix-sept jours, le malade gagna trois livres et le 18 mai le poumon gauche remplissait tout le côté de la cage thoracique ; le cœur était revenu à sa place normale et l'écoulement de ce côté était tari.

Le drain dut être maintenu plus longtemps du côté droit mais à la fin du mois, quand on l'enleva, la cavité était entièrement fermée et le poumon avait repris sa position normale. Le malade fut renvoyé avec ses deux plaies complètement cicatrisées et on le revit le mois suivant en parfaite santé. On le revit encore en juin 1890, un an après sa sortie, et on trouva alors que, des deux côtés, le périoste de la portion réséquée des deux côtés avait refait de l'os, ce qui faisait une paroi solide dans cette région du thorax. La respiration dans toute la poitrine, y compris la zone où était l'empyème, paraissait parfaitement normale ; la pointe du cœur était à sa place.

OBSERVATION XVII

EMPYÈME DOUBLE. — PLEUROTOMIE DOUBLE. — GUÉRISON

Westbrook. *The New-York medical journal*, 1890.

Le 15 février 1890, on m'appela pour voir une fillette de quatre ans ; on me dit que la veille elle avait fait une promenade d'un mille et quart[1] sur la rivière de Brooklyn Bridge. Dans la nuit elle présenta les symptômes du croup ; la famille fit prendre quelques remèdes qui la soulagèrent un peu. Quand je la vis, elle avait une toux crouppale, une dyspnée intense et une température élevée ; j'ordonnai un dixième de grain de calomel à prendre chaque heure ; je la revis le soir, mais les symptômes du croup avaient dis-

(1) 2017 mètres.

paru ; la toux avait diminué, la température était normale et la malade était presque bien.

Le lendemain matin, je la trouvai avec une toux sèche, 101°[1] de température, 120 pulsations, 40 respirations et se plaignant d'un point de côté à gauche. En l'examinant, je trouvai de la matité à la percussion et de la respiration bronchique dans le lobe inférieur du poumon droit. Je diagnostiquai une pneumonie.

20. — La toux a diminué mais la malade ne peut expectorer. Température, 100°[2] ; pouls, 120 ; respiration, 48.

22. — L'état est à peu près le même. Ce jour-là le Dr Stuart voit la malade en consultation avec moi et confirme le diagnostic de pneumonie.

1er mars. — La semaine dernière la malade a eu une vive douleur dans l'abdomen, de la diarrhée ; elle rendait les aliments sans les digérer et avait des nausées. Le pouls était de 120 à 130, la température de 100° à 101°[3] et la respiration de 50 à 60. On la nourrissait avec du lait peptonisé, du jus de viande et du brandy. La toux diminua encore sauf un jour où elle fut très intense.

5. — Dans les derniers jours, la zone de matité avait augmenté ; le 5 on fit une ponction exploratrice et on trouva du pus.

6. — On fit une incision entre la septième et la huitième côte un peu en arrière de la ligne axillaire postérieure et on retira une pinte[4] environ de pus ; on mit un drain en gomme élastique et on pansa la plaie avec de la charpie et du coton hydrophile. Pendant quelques jours, le pus qui s'écoulait souillait complètement le pansement. On pansa la plaie chaque jour. Malgré ce large drainage, la situation ne s'améliora pas ; la température se maintint entre 100°

(1) 38°34. — (2) 37°78. — (3) 37°78 à 38°34. — (4) 0 litre 675.

et 102° [1], le pouls entre 120 et 130 et la respiration entre 50 et 60. Les troubles digestifs étaient plus intenses qu'à aucun autre moment de la maladie : l'enfant souffrait constamment et avait de fréquents vomissements.

12. — Comme la veille au soir on avait trouvé du pus dans la cavité pleurale gauche par la ponction exploratrice, on pratiqua l'aspiration et on retira quatre onces de pus [2].

18. — Depuis l'aspiration du 12 mars, l'état n'avait pas changé ; la température oscilla entre 100° et 102° [1], le pouls entre 120 et 130 et la respiration entre 50 et 60. Le 18, on pratiqua de nouveau l'aspiration dans la cavité gauche mais on ne retira que deux onces [3] environ de pus très épais à l'endroit où on avait enfoncé l'aiguille On retira l'aiguille et on l'enfonça à un autre endroit mais on obtint un résultat négatif. La semaine précédente on avait lavé chaque jour la cavité pleurale droite avec une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 5.000 ; la suppuration était très abondante et avait une odeur très intense.

27. — On pratique de nouveau l'aspiration dans la plèvre gauche et on retire six onces [4] de pus. L'état de la malade ne paraît pas aussi bon. La malade est très faible ; on lui fait prendre difficilement sa nourriture ; le pouls et la température sont à peu près les mêmes, mais la respiration est accélérée ; elle oscille de 60 à 70. Avant l'aspiration, on voulait pratiquer la pleurotomie mais le père ne voulut pas y consentir.

12 avril. — Quatre ou cinq jours après la dernière opération l'état de la malade s'améliora ; le pouls et la température baissèrent, ainsi que la respiration ; l'appétit était meilleur et il n'y avait plus que de légers troubles digestifs ; mais dans la dernière semaine des symptômes défavorables

(1) 37°78 et 38°39. — (2) 112 grammes. — (3) 56 grammes. — (4) 168 grammes.

réapparurent ; le 18 on pratiqua l'aspiration pour la quatrième fois et on retira dix onces[1] de pus.

19. — Il n'y avait pas eu d'amélioration depuis la dernière aspiration ; le pouls, la température et la respiration étaient encore très hauts. Le 19 on pratique l'aspiration pour la cinquième fois, mais on ne retire que deux onces[2] de pus.

6 mai. — Comme il n'y avait pas eu d'amélioration et que la cavité pleurale gauche contenait évidemment plus de liquide, le père consentit à ce qu'on fit une opération. Aussi, après avoir donné le chloroforme, on fit, ce jour-là, l'incision de la cavité pleurale gauche ; on retira huit onces[3] environ de pus très fétide et fortement coloré. On plaça un drain en gomme élastique et un pansement de charpie et de coton hydrophile. Un shock considérable suivit l'opération ; on fit prendre à la malade une once de champagne toutes les heures et, après cinq ou six heures, l'intervalle d'une heure fut porté à deux heures. La nuit suivante elle commença à prendre un peu de lait peptonisé. La cavité pleurale gauche fut lavée chaque jour avec une solution de bichlorure de mercure à 1 pour 5000 pendant quatre jours ; la température tomba à la normale et s'y maintint.

A partir de ce moment il y eut une amélioration constante ; le pouls et la respiration, cependant, ne tombèrent à la normale qu'au bout de trois ou quatre semaines.

On enleva le drain du côté droit le 8 juin, trois mois après l'opération ; la cavité se ferma dix jours après.

Le 22 juin on enleva le drain du côté gauche, sept semaines après la pleurotomie ; la cavité se ferma au bout d'une semaine.

Trois mois après l'enlèvement du second drain, l'état de l'enfant était satisfaisant. La sonorité et l'auscultation

(1) 280 grammes. — (2) 56 grammes. — (3) 225 grammes.

étaient normales ; l'appétit était bon et l'enfant avait augmenté de poids.

OBSERVATION XVIII

Coupland et Gould (25). *The Lancet*, 1890.

Le Dr Sidney Coupland et M. Pearce Gould communiquent une observation d'empyème double ; dans ce cas, le large drainage des deux cavités pleurales fut suivi de guérison. La malade, petite fille de 7 ans, fut reçue le 28 avril 1890 à l'hôpital Middlesex ; elle avait un empyème double. La maladie avait commencé brusquement le 7 novembre 1888 par des symptômes graves de pneumonie double. La présence du liquide fut constatée le 18 décembre, époque à laquelle le Dr Gould enleva plus d'une pinte[1] de pus du côté gauche au moyen de l'aspirateur. Huit jours après, il pratiqua l'aspiration des deux côtés et retira une pinte environ du côté droit et six onces du côté gauche.

Pendant les quatre mois suivants, on répéta fréquemment l'aspiration, quelquefois d'un seul côté, quelquefois des deux, et on enlevait chaque fois une plus ou moins grande quantité de pus. Quand elle entra, la malade était très amaigrie, très faible et anémique. En arrière et à gauche la matité s'étendait au-dessous de l'épine et à droite au-dessous de l'angle de l'omoplate. La ligne de matité descendait graduellement à la cinquième côte sur la ligne mamelonnaire gauche et à la sixième côte à droite. Il y avait du retrait de la paroi à l'inspiration dans les derniers espaces intercostaux des deux côtés et le côté gauche était sûrement plus petit que le droit. On entendait très légèrement la respiration dans la zone de matité, excepté

(1) 0 litre 675.

à l'angle de l'omoplate gauche où il y avait de la respiration bronchique; la pointe du cœur était à sa place normale. La température était irrégulière; elle oscillait entre 97° et 101°. Le 27 mai, M. Gould fit une large ouverture du côté droit et enleva près d'un pouce de la huitième côte. Quand on ouvrit la cavité pleurale, il s'échappa dix onces[1] environ de pus incolore, inodore et épais. On plaça un gros drain. Il y eut beaucoup d'écoulement mais la température resta à peu près normale. Huit jours après on opéra du côté gauche et on enleva une portion de la septième côte au niveau de l'aisselle : dix-huit onces[2] de pus environ s'écoulèrent à l'incision de la plèvre. On plaça un drain.

L'enfant eut une bonne convalescence et quitta l'hôpital le 6 août.

Quand on la revit, elle était en bonne santé, active, vigoureuse et avait bon appétit. A part la cicatrice des deux côtés du thorax, on trouvait très peu de traces de la dernière maladie. La pointe du cœur battait à sa place, l'amplitude du thorax se fixait très bien et les signes fournis par la percussion et l'auscultation étaient normaux. En se rapportant aux quelques cas récents de l'affection qui nous occupe, on voit que chez les enfants l'empyème n'est pas une affection aussi dangereuse qu'on l'a affirmé et, si l'aspiration répétée ne donne pas de résultat, le chirurgien ne doit pas hésiter à drainer largement la cavité pleurale pourvu qu'il laisse un intervalle de quelques jours entre les deux opérations.

OBSERVATION XIX

F. Taylor (97). *The Lancet*, 1890.

Le Docteur F. Taylor rapporte le cas d'un empyème dou-

(1) 280 grammes. — (2) 504 grammes.

ble qu'il soigna. Il s'agissait d'un enfant de deux ans et dix mois. Il eut d'abord de la congestion des poumons, puis une brûlure de la cuisse.

A son entrée à l'hôpital, il présentait des symptômes de bronchopneumonie à gauche et plus tard on enleva quatre onces [1] de pus en pratiquant une incision. Les signes physiques indiquant la présence du liquide dans le côté droit, on évacua le pus en faisant la résection d'une côte, trois semaines après l'incision gauche. Le côté où l'on ne fit qu'une simple incision guérit aussi rapidement que celui où on avait pratiqué la résection.

OBSERVATION XX

Deanesly. — *The Lancet*, 1892.

L. W..., agée de 10 ans, fut reçue à l'hôpital le 23 décembre 1891. Sa maladie avait commencé, il y a trois semaines, par une inflammation des poumons; depuis, la malade était devenue plus faible et avait maigri. Quand elle entra, elle paraissait très faible et très malade. La face était cyanosée, les lèvres bleues ; il y avait 64 respirations par minute (respiration haletante), 144 pulsations et la faiblesse était très grande. Elle avait toujours été une enfant délicate et avait perdu l'œil droit à la suite d'une inflammation ; l'œil gauche était atteint d'un ulcère de la cornée. Il y avait un peu d'œdème des jambes et des pieds. La poitrine était aplatie et mal développée. Il y avait de la matité dans tout le côté gauche et la pointe du cœur battait dans le quatrième espace intercostal près du mamelon. Il y avait aussi de la matité en arrière à la base droite ; elle remontait à la septième côte. Une heure après l'entrée de

(1) 112 grammes.

la malade, on enleva trente-deux onces [1] de pus de la plèvre gauche au moyen de l'aspirateur. Le lendemain matin on donna le chloroforme et on réséqua trois quarts de pouce de la cinquième côte sur la ligne axillaire postérieure gauche. On enleva alors trente-huit onces [2] de pus et de lymphe et la cavité pleurale fut soigneusement nettoyée avec des éponges. On plaça un drain et un pansement antiseptique. Six jours après l'opération, la température, qui avait oscillé entre 98° et 101° F [3], monta à 103°4 [4] et la dyspnée, qui avait cessé, s'accentua. On fit une ponction exploratrice en arrière à la base droite et avec l'aspirateur on retira trois onces et demie de pus. Il y eut un peu de soulagement. Onze jours après l'opération du côté gauche, on donna le chloroforme ; on ouvrit l'empyème droit et on fit une large résection de la huitième côte sur la ligne scapulaire. On introduisit le doigt et on trouva que l'empyème était presque localisé à la partie postérieure et inférieure de la cavité pleurale entre la septième côte en haut et la ligne axillaire en avant. Cette cavité ne contenait que quelques onces de pus épais et de lymphe. L'anesthésie fut bien supportée et à l'ouverture de la plèvre droite, il n'y eut pas de dyspnée ou d'autre symptôme inquiétant malgré l'ouverture de la plèvre gauche qui avait encore son drain. Après les deux opérations, la malade fit des progrès rapides et continus ; on l'envoya à la maison de convalescence le premier février, après un séjour à l'hôpital de quarante jours. La semaine précédente les deux plaies étaient complètement fermées. La dernière fois qu'on la vit (le 28 avril 1892, quatre mois après la première opération), elle se portait bien et avait considérablement augmenté de poids. Les deux côtés de la poitrine avaient complètement repris leur amplitude et il y avait partout de la

(1) 896 grammes. — (2) 1064 grammes. — (3) 36°67 et 38°34. — (4) 39°7.

sonorité mais moins que chez un enfant bien portant. L'air pénétrait complètement la partie inférieure des bases, le murmure vésiculaire était normal et il n'y avait pas de bruit surajouté. Les deux plaies étaient complètement guéries.

OBSERVATION XXI

Walter Carr (106). *The Lancet*, 1893.

Le docteur Walter Carr rapporte à la Société clinique de Londres un cas d'empyème double traité par le drainage. Le malade était un enfant de 7 ans et 9 mois qui fut reçu à l'hôpital Victoria le 1er janvier 1893 pour empyème double. L'affection avait commencé tout à coup le 13 décembre 1892 par des symptômes indiquant une pneumonie. A son entrée l'enfant avait une dyspnée intense; respiration très faible, 72; pouls très petit, 176; température, 102° F [1]. La matité ainsi qu'une respiration lointaine et bronchique occupait la partie inférieure des deux poumons. Par la ponction exploratrice on trouva du pus dans les deux côtés. Au moyen de l'aspirateur on retira huit onces et demie [2] de pus du côté droit; du côté gauche le pus s'écoula fort mal, aussi le Dr Marsh, chirurgien de l'hôpital, réséqua une portion de la huitième côte gauche le lendemain matin; il s'écoula sept onces [3] de pus; on avait pratiqué l'anesthésie locale à la cocaïne. On plaça un gros drain. L'enfant supporta bien l'opération. L'état de l'enfant s'améliora un peu, mais la température oscilla entre 99° et 101° [4], le pouls et la respiration se maintinrent tous deux assez haut et il y eut un peu de diarrhée. Quatre jours après la première opération, on réséqua, après ansthésie locale à la cocaïne, une portion de la sixième côte droite; il

(1) 38°89. — (2) 238 grammes. — (3) 175 grammes. — (4) 37°22 et 38°34.

s'écoula huit onces[1] de pus et on plaça un gros drain ; il y eut plus d'abattement qu'après la première opération.

Pendant trois ou quatre semaines, la température, la nuit, fut de 98° à 103 F[2]. Cette élévation de température était en partie imputable au développement d'une otorrhée double purulente et peut-être aussi en partie à la pneumonie qui n'était pas complètement guérie. L'enfant cependant s'améliora lentement ; la température devint normale à la fin de janvier, la diarrhée s'arrêta et les poumons reprirent toute leur expansion. Le drain gauche fut enlevé le 10 mars, mais depuis quelques semaines il n'y avait plus qu'une très petite cavité. Le côté droit ne reprit son extension que plus lentement et le drain ne fut enlevé que le 5 avril. En mars, pendant la convalescence, le malade eut une crise inexplicable d'hémoglobinurie qui dura près d'une semaine ; l'urine était très foncée, donnait la réaction du pigment sanguin, laissait un dépôt granuleux et noir, et l'ébullition décelait la présence de l'albumine. Au microscope on voyait des disques rouges et des cylindres granuleux. C'était la première fois que pareil fait se produisait et cependant l'enfant n'avait pas pris froid. On le revit à Margate le 13 avril ; le poumon gauche se dilatait complètement ainsi que le droit, à l'exception d'une petite portion à la base. Le cœur n'était pas déplacé. Enfin les deux poumons reprirent définitivement leur expansion complète et l'enfant fut bien sous tous les rapports.

Ce cas confirme complètement les conclusions de MM. Coupland et Gould exposées à la Société en décembre 1890, c'est-à-dire qu'il faut traiter ces cas par un large drainage, à condition de laisser un intervalle de quelques jours entre les deux opérations pour éviter le danger d'un shock trop considérable.

A la même Société, M. le Dr L. Dunn rapporte un cas

(1) 224 grammes. — (2) 36°67 et 39°44.

d'empyème double qu'il opéra, il y a quelques années, en laissant un intervalle de sept jours entre les deux opérations. Il cite aussi un cas semblable, suivi de plein succès, survenu dans la pratique d'un de ses amis.

OBSERVATION XXII

Sutherland (95). *The Lancet*, 1894.

Un enfant de cinq ans fut admis à l'hôpital des enfants de Paddington-Green le 30 août 1893. Un mois auparavant il avait eu une pneumonie du poumon gauche dont il n'était pas complètement guéri. Une semaine avant son entrée il eut un retour aigu des symptômes, c'est-à-dire de la fièvre, de la toux, de la dyspnée, des transpirations et un point de côté à gauche. L'enfant n'avait jamais été très robuste et avait eu antérieurement quatre congestions pulmonaires. Les antécédents héréditaires étaient bons. A son entrée le malade paraissait très souffrant et avait de la dyspnée. Il ne toussait presque pas et n'accusait aucune douleur. Le côté gauche du thorax était rétracté et ne se dilatait pas complètement. En avant et à gauche il y avait de la submatité du sommet à la deuxième côte et au-dessous de la matité. La zone de sonorité stomacale remontait jusqu'à la cinquième côte. Dans l'aisselle et en arrière à gauche, la diminution de sonorité était bien marquée à l'exception du sommet et d'une petite zone le long de la colonne vertébrale où persistait un peu de sonorité. Dans tout le côté gauche la respiration était bronchique et accompagnée de râles crépitants et de frottements. Le poumon droit ne présentait pas de signes anormaux. Les battements cardiaques étaient rapides mais réguliers. On ne pouvait sentir battre la pointe mais la percussion montrait que la matité s'étendait sur le bord droit du sternum.

Dans la quinzaine suivante, l'état du malade fut mauvais. La température se maintint entre 100° et 101° F [1], les respirations furent de trente à quarante par minute et il y eut des sueurs abondantes la nuit. Le quatorzième jour après l'entrée, les signes physiques étaient les suivants : en haut, à la percussion, on obtenait un son tympanique et la respiration était lointaine et bronchique. Les vibrations vocales avaient disparu dans l'aisselle et au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. L'aire de matité cardiaque s'étendait légèrement au-delà du bord droit du sternum. La présence du pus ayant été prouvée au moyen d'une ponction exploratrice, le dix-huitième jour, le Dr McIlwraith réséqua la huitième côte sur la ligne axillaire postérieure. En ouvrant la plèvre il ne s'écoula pas de pus et en introduisant le doigt en trouva quelques adhérences. En les rompant et en promenant le doigt en haut et en arrière, on ouvrit une cavité d'où s'écoula cinq onces [2] de pus liquide. Au troisième lavage on retira un amas de pus floconneux. Le poumon reprit rapidement son expansion quand le malade toussa. Une amélioration sensible suivit cette opération mais le vingt-troisième jour la température s'éleva de nouveau et continua à être très irrégulière. L'enlèvement du drain le trentième jour donna une amélioration rapide mais qui ne se maintint pas. Le quarantième jour l'examen du côté droit du thorax montra une matité marquée à la base, tant en avant qu'en arrière, avec une respiration faible et bronchique et l'absence de vibrations vocales. Quatre jours après la huitième côte était réséquée du côté droit au-dessous de l'angle de l'omoplate. On évacua près de trois onces de pus et on trouva de légères adhérences autour de la cavité. On les rompit et il s'échappa une plus grande quantité de pus ; on avait vraisemblablement affaire à un empyème localisé. Trois

(1) 37°78 et 38°34. — (2) 140 grammes.

hémorrhagies suivirent la rupture des adhérences. Au moment de l'opération la cicatrice du côté gauche qui semblait être tuberculeuse fut disséquée, enlevée et pansée avec de l'iodo-glycérine. La cavité pleurale gauche ne fut pas rouverte. Une amélioration rapide s'ensuivit et après l'enlèvement du drain, le 56e jour, la température redevint et se maintint normale. Le soixante-sixième jour, les deux plaies étaient complètement cicatrisées et le malade était renvoyé dix jours après. L'état du poumon était bon des deux côtés mais il restait encore un peu de respiration bronchique au sommet gauche. Le malade fut revu trois mois après et quoiqu'il ne restât aucune trace extérieure de la maladie à l'exception des cicatrices des opérations, il y avait encore quelques râles au sommet gauche et le malade avait une toux légère et quelquefois des sueurs nocturnes.

OBSERVATION XXIII

Sutherland (90). *The Lancet*, 1894.

Une fillette de 5 ans fut admise à l'hôpital le 22 juillet 1893. Deux mois avant elle avait eu une congestion pulmonaire et elle n'était pas encore rétablie. Elle toussait encore, avait des sueurs, pas d'appétit, et avait maigri rapidement. Antérieurement, sa santé avait été bonne et elle n'avait pas dans les antécédents héréditaires de phtisie ou autre maladie constitutionnelle. A son entrée, la malade était maigre et anémique, de complexion faible. Du côté droit de la poitrine, il y avait un aplatissement considérable et l'expansion ne se faisait pas. Il n'y avait pas de dépression intercostale. Il y avait une légère incurvation de l'épine dorsale dont la concavité regardait le côté droit. Du côté du poumon droit le son obtenu à la percussion était

diminué du sommet jusqu'au niveau de la troisième côte en avant et au milieu de l'omoplate en arrière ; au-dessous il y avait matité absolue. En haut la respiration était fortement bronchique et lointaine ; les vibrations vocales faisaient défaut. Du côté gauche, l'état du poumon semblait normal. La pointe du cœur battait dans le cinquième espace sur la ligne mamelonnaire. Le même jour on ouvrit le côté. Le Dr McIlwraith réséqua la sixième côte sur la ligne axillaire antérieure du côté droit et une quantité considérable de pus mêlée de matière coagulée fut évacuée. Le poumon était rétracté et situé à la partie postérieure et supérieure de la cage thoracique ; on rompit quelques adhérences avec le doigt à ce niveau, après quoi le poumon se dilata quand le malade toussa. Trois jours plus tard le drain fut enlevé parce que l'écoulement avait complètement cessé ; la température était normale, il y avait quatre-vingt pulsations cardiaques par minute et vingt-quatre respirations. Cinq jours après l'entrée, la température monta tout d'un coup à 105° F [1], il y eut de la dyspnée et de la toux accompagnée de crachats muqueux légèrement striés de sang. La fillette continua à être très gravement malade pendant les sept jours qui suivirent. Les cinq premiers jours, la température se maintint autour de 104° [2] et les deux jours suivants autour de 103° [3], excepté quand on la faisait descendre artificiellement. Il n'y avait pas de signe physique du côté droit de la poitrine pouvant expliquer l'état de la malade malgré la toilette fréquente de l'ouverture et la réintroduction d'un drain ; il n'y avait pas à vrai dire d'écoulement.

Le treizième jour après l'entrée, la température commença de baisser et resta bientôt normale. Le même jour on nota de la matité dans l'aisselle gauche, de la respiration lointaine et des râles crépitants. Du quinzième au

(1) 40°5. — (2) 40°. — (3) 39°44.

trente-huitième jour, l'état de la malade s'améliora quelque peu mais la température fut encore irrégulière, sans jamais être cependant élevée. La toux et la dyspnée cessèrent complètement mais la malade était essoufflée quand elle faisait un effort. Les signes physiques anormaux du côté droit étaient moins marqués, mais ceux du côté gauche tendaient à augmenter. La matité dans l'aisselle gauche s'étendait jusqu'au niveau de la cinquième côte en avant et jusqu'au milieu de l'omoplate en arrière. Au niveau de cette zone la respiration était bronchique et tubaire, avec de nombreux râles crépitants; la bronchophonie était marquée. Le cœur était régulier dans ses battements et dans sa position normale. Aucun des autres organes ne présentait de symptôme de maladie. Le trente-huitième jour, la température monta de nouveau et pendant la quinzaine suivante affecta le type hectique. La seule cause apparente fut l'augmentation d'intensité et d'étendue des signes du côté gauche. On résolut de faire une ponction exploratrice dans la zone de matité et on introduisit une aiguille au milieu de la région axillaire gauche le cinquante-cinquième jour; on obtint du pus. Deux jours après la sixième côte était réséquée au milieu de la ligne axillaire gauche. En ouvrant le sac pleural, il sortit une petite quantité de pus épais et gélatineux. Il était contenu dans une petite cavité située entre les deux lobes du poumon. On trouva de solides adhérences autour de l'ouverture de la paroi thoracique. Une amélioration sensible suivit cette opération et la fièvre cessa. L'écoulement des jours suivants fut en somme peu important et le drain fut enlevé le dixième jour. La convalescence fut interrompue par une otite, mais le malade quitta l'hôpital le 19 octobre complètement guéri.

OBSERVATION XXIV

Sutherland (95). *The Lancet*, 1894.

Un garçon, de six ans, fut admis à l'hôpital le 5 mai 1893. Un mois auparavant il avait eu une congestion pulmonaire et la période fébricitante avait duré une semaine. Il ne s'était pas remis complètement et avait encore un peu de toux. Il avait peu d'appétit, avait maigri et avait des sueurs profuses la nuit. Dans les antécédents, il y avait quelques cas de tuberculose mais peu précis. A son entrée, l'enfant été anémique et avait une toux paroxystique et de la dyspnée. L'expansion du thorax du côté droit ne se faisait pas. A droite et en avant la percussion donnait un son tympanique du sommet à la quatrième côte ; au-dessous il y avait nettement de la matité. On entendait de la respiration bronchique en avant et à droite mais très faiblement à la base et les vibrations vocales ainsi que la résonance vocale étaient augmentées. En arrière et dans l'aisselle il y avait de la matité absolue et on entendait la respiration très faiblement partout sauf au sommet et dans une zone étroite le long de la colonne vertébrale où il restait une certaine sonorité, une respiration bruyante et de la bronchophonie. Du côté gauche l'expansion thoracique était augmentée et la percussion donnait partout de la sonorité. La pointe du cœur battait sur la ligne mamelonnaire. Le dix mai, la cavité pleurale fut ponctionnée mais on n'obtint qu'une petite quantité de pus épais et gélatineux. Deux jours après, le Dr McIlwraith réséqua la septième côte du côté droit au-dessous de l'omoplate. Au début il ne s'écoula qu'une petite quantité de pus mais quand le malade toussa il sortit dix onces[1] de pus et le poumon se dilata jusqu'à venir toucher l'ouver-

(1) 280 grammes.

ture de la paroi. En introduisant un doigt, on trouva quelques adhérences dans l'aisselle et du côté de la colonne vertébrale et on les rompit. Une amélioration rapide en résulta ; on enleva le drain le quatrième jour parce que l'écoulement était tari. La convalescence se continua sans interruption et le malade ne fut plus soigné à partir du vingt-deux juin. Il se maintint en bonne santé jusqu'au quatorze septembre époque à laquelle survinrent de la fièvre et un point de côté à gauche. Un médecin fut appelé qui diagnostiqua une pneumonie aiguë de la base gauche. Quinze jours après le malade vint à l'hôpital et on trouva les symptômes d'un épanchement pleurétique gauche. Comme ils augmentaient, on l'examina de nouveau le cinq octobre. L'expansion du côté gauche ne se faisait pas et les vibrations vocales étaient diminuées en avant et abolies en arrière. A la partie supérieure et à gauche on obtenait à la percussion une sonorité tympanique jusqu'au niveau de la troisième côte en avant et jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate en arrière. Sur tout le reste du côté il y avait de la matité, de la respiration bronchique et de l'égophonie. Le poumon droit ne présentait pas de symptômes anormaux ; le cœur ne paraissait pas déplacé. Le onze octobre le Dr McIlwraith réséqua la septième côte sur la ligne axillaire postérieure gauche. Quand on ouvrit la cavité pleurale, il sortit quelques onces de pus. On explora la cavité et on trouva le poumon rétracté en haut et en arrière, adhérant à la paroi thoracique. On rompit les adhérences avec le doigt et en lavant la cavité on enleva une plus grande quantité de pus. La température persista sous la forme hectique pendant un certain temps, mais le douzième jour après l'opération le drain fut enlevé ; la température devint bientôt régulière et se maintint ainsi. Il resta un peu d'aplatissement du côté gauche, mais les exercices gymnastiques furent utilisés et quand le malade quitta l'hôpital, le vingt-sept décembre, les deux côtés

étaient symétriques. La percussion des deux poumons donnait de la sonorité et la seule trace qui persista de cette affection fut un peu de respiration rude du côté gauche.

OBSERVATION XXV

EMPYÈME DOUBLE. — GUÉRISON APRÈS INCISION ET DRAINAGE.

Beatley et Ridley (8). *The british medical journal*, 1894.

R. D....., 21 mois, fut reçu le 12 mai 1898 ; il était amaigri et avait des sueurs nocturnes depuis trois mois. Les parents ne pouvaient préciser s'il avait eu une affection pulmonaire aiguë.

A son entrée, l'enfant était émacié, anémique ; 132 pulsations, 54 respirations, 100° F.[1] de température. Les mouvements thoraciques étaient égaux des deux côtés; à la percussion il y avait de la matité marquée des deux côtés mais plus étendue à gauche ; au-dessus de la ligne de matité la résonance vocale et les vibrations vocales étaient augmentées. A l'auscultation, on entendait de gros râles dans les deux poumons au-dessus d'une ligne passant par les mamelons ; dans toute la zone où on trouvait la matité le murmure vésiculaire était diminué ; on ne percevait pas les vibrations vocales au niveau des bases : la pointe du cœur battait en dedans de la ligne mamelonnaire dans le cinquième espace intercostal. Une ponction exploratrice pratiquée dans le septième espace et sur la ligne axillaire médiane gauche montra la présence du pus.

Le 14 mai, sous le chloroforme, on fit une incision dans le septième espace intercostal gauche et on plaça un drain

(1) 37°78.

en gomme élastique. On ne résèqua pas de côte : il s'échappa dix onces [1] environ de pus jaune et épais.

L'enfant se trouva beaucoup mieux la nuit suivante mais le lendemain matin la respiration devint très gênée ; 160 pulsations, 102° F [2] de température. L'enfant était dans le collapsus ; il avait des sueurs froides et la peau bistrée. Une ponction exploratrice pratiquée au-dessous de l'angle de l'omoplate droite ramena du pus. Quand l'enfant fut placé sur la table d'opération, on aurait dit un moribond et on ne pouvait se permettre l'emploi d'un anesthésique ; on décida d'opérer le plus rapidement possible ; on fit une incision dans le septième espace interscostal droit et on plaça un drain en gomme élastique. A ce moment il s'échappa deux onces [3] environ de pus très épais. Après avoir placé le malade dans son lit, on le réchauffa, on se servit de stimulants et au bout de quelques heures il revint à lui.

Le 16 mai le pouls et la respiration étaient bien meilleurs : 36 respirations, 116 pulsations. L'état général était meilleur.

A l'exception d'une élévation de température imputable à l'obstruction des drains, l'amélioration se continua sans incident.

Le 16 juin, la quantité de pus qui s'écoulait des deux ouvertures était peu considérable. A la percussion la sonorité aux deux bases était plus sensible et le murmure vésiculaire s'entendait mieux. Il y avait une petite zone où on entendait de la respiration bronchique en dedans de l'angle de l'omoplate gauche ; il y avait aussi quelques râles crépitants aux deux bases.

Le 30 juin, les plaies étaient fermées ; le murmure vésiculaire était bon dans les deux poumons et la sonorité était presque normale.

(1) 280 grammes. — (2) 38°8. — (3) 50 grammes.

Le 14 juillet, l'air pénétrait librement toutes les parties des poumons ; à la percussion la sonorité était normale. L'enfant était dans un état physique bon et avait augmenté de poids.

OBSERVATION XXVI

Carl Beck (9). *Medical record*, 1894.

A. L..., fillette d'un an, eut une pleuro-pneumonie du côté droit. Il en résulta un pyothorax qui fut diagnostiqué par le docteur A. Aronson de cette ville-ci.

Cinq semaines après le début du processus inflammatoire, je pratiquai la résection. Six semaines après la guérison était parfaite. Deux semaines plus tard il se développa une pleuro-pneumonie dans le côté opposé. On fit la résection d'une côte quinze jours après le commencement de la pleuro-pneumonie pour un empyème peu considérable. Il y eut du pus comme pour la première opération. La guérison fut complète trois semaines après l'opération.

OBSERVATION XXVII

L. Fox (11). *The Lancet*, 1894.

Le 11 janvier 1894, le Dr Fox, en consultation avec le Dr Cheves de Liskeard, vit une fillette de 12 ans atteinte d'une pneumonie double de la base. La pneumonie était survenue à la suite de l'influenza, et il y avait trois autres cas semblables dans la même maison. A l'exception d'un peu de gastro-entérite, la pneumonie suivit son cours ordinaire. Le 25 janvier, le Dr Fox revit l'enfant ; à la base du poumon droit il y avait de la matité et le murmure vésiculaire était très affaibli. On diagnostiqua un empyème

et on proposa l'aspiration. Cependant on n'intervint pas jusqu'au 5 février; dans cet intervalle, l'état général du malade et les signes physiques montrèrent une aggravation de la maladie; la matité du côté droit n'était pas augmentée mais elle s'étendait sur toute la base gauche et atteignait en avant la ligne axillaire antérieure. On pratiqua l'aspiration et on retira 15 onces [1] de pus du côté droit et 35 onces [2] du côté gauche. Le 10 février une opération s'imposait et comme la malade était loin de Liskeard on la transporta à Plymouth pour y être soignée par le Dr Fox. A son arrivée elle était très faible; elle avait de fréquents spasmes de la face et un pouls incomptable. Les signes physiques de la poitrine ne s'étaient pas modifiés depuis l'aspiration. Dans la région sacrée et à gauche on trouvait une grosse tuméfaction; on avait évidemment affaire à un abcès; l'abdomen contenait du liquide. Il n'y avait pas de douleur et de sensibilité anormale du côté de l'abdomen. Le 11 février, le Dr Swain (assisté du Dr Lucy) fit une incision dans chaque cavité pleurale et dans l'abcès de la région sacrée. L'enfant, quoique très faible, se releva très bien du shock de l'opération. Le 16 février, sa faiblesse fut si grande que la mort parut imminente; cependant avec des injections de strychnine, des inhalations d'oxygène et quelque peu de brandy, l'état général s'améliora et ne donna plus lieu à une crise menaçant d'être immédiatement fatale. Un peu plus de trois semaines après, l'écoulement ayant cessé, on enleva les drains. Il se fit de nouveau une petite collection du côté droit et un tube fut de nouveau placé pendant un court espace de temps. La convalescence fut longue mais ininterrompue et terminée le 7 avril. La malade était d'une débilité considérable. Elle pouvait marcher seule mais restait longtemps au repos. La sonorité à la percussion

(1) 410 grammes. — (2) 970 grammes.

aux deux bases était considérablement diminuée et le murmure vésiculaire très affaibli. On avait appris à la malade à faire des exercices variés d'inspiration et on les lui fit continuer. Son état s'améliora beaucoup et quand on la revit le 4 juin, elle présentait l'apparence d'une enfant bien droite, en bon état ; sa santé était même meilleure que quelques années avant sa maladie. Il y avait bien encore un peu d'altération dans la sonorité et les bruits respiratoires tout à fait à la base du poumon droit, mais partout ailleurs les poumons étaient normaux.

OBSERVATION XXVIII

DOUBLE EMPYÈME SUIVI DE GUÉRISON

W. H. Cooke (23). *The Lancet*, 1898.

L'empyème double est si rare que le cas suivant doit être signalé. La malade était une jeune fille de onze ans qui fut reçue à l'hôpital le 11 septembre 1896 ; la maladie avait commencé le 11 par une douleur dans l'abdomen et des vomissements. A son entrée, elle paraissait gravement malade ; elle avait la figure fortement colorée, une dyspnée intense, de l'orthopnée et pour mieux dire elle paraissait tuberculeuse.

Température.....	102°6 F [1].
Respiration (peu profonde)..	40
Pouls.....	114

On trouvait de la congestion pulmonaire ainsi que du frottement à la base droite. Trois jours après on trouva les mêmes signes à gauche.

Respiration.....	60
Pouls.....	160
Température.....	105° F [2].

(1) 39°2. — (2) 40°56.

La malade souffrait beaucoup et se plaignait constamment d'une douleur au côté. Le 24 septembre, les signes indiquant la présence du pus apparurent des deux côtés du thorax à la base; la pointe du cœur battait dans le cinquième espace intercostal, immédiatement au-dessous de la ligne mamelonnaire. Le 30, on fit une ponction exploratrice à gauche et on retira du pus. Le lendemain on incisa la plèvre dans le neuvième espace et on plaça un drain en caoutchouc élastique que l'on recouvrit d'une épaisse couche de coton. Le lendemain on lava la plèvre. Le 6 octobre, après s'être assuré de la présence du pus au moyen d'une ponction exploratrice, on fit une incision dans le neuvième espace et on plaça un drain en caoutchouc. Il s'échappa, de ce côté, beaucoup de pus « louable »; le lendemain on fit un lavage. Je regrette de dire que le pus n'a pas été examiné au microscope. Chaque jour on lava les deux côtés avec de l'eau iodée jusqu'au 30 octobre, époque à laquelle on enleva le drain du côté droit; le gauche ne fut enlevé que le 9 novembre. Le 25 octobre la jeune fille put se lever; elle engraissait rapidement et les plaies étaient complètement fermées. La température était normale et il n'y avait pas de déformation de la cage thoracique, mais des deux côtés et à la base il y avait un peu de diminution de la sonorité; le murmure vésiculaire, à ce niveau, paraissait lointain, sans doute à cause de l'épaississement des feuillets pleuraux. La pointe du cœur était à sa place normale.

Du 14 au 20 septembre, la température oscilla entre 100°4 F. et 103°8 [1], excepté le 17 au soir où elle monta à 105° [2]; du 21 au 28, entre 98° et 101° [3] excepté le 25 au soir où elle monta à 102° [4] et le soir du 27 où elle fut de 101°6 [5]. Du 29 septembre au 13 octobre, elle oscilla entre 98° et

(1) 38° et 39°9. — (2) 40°56. — (3) 36°67 et 38°7. — (4) 38°89. — (5) 38°7.

102°4 [1] à l'exception du 7 octobre où elle atteignit 97°4 [2] à midi et 103°4 [3] le soir. Le 14 elle oscilla entre 97°6 et 100°6 [4], du 15 au 21 elle resta entre 97° et 100° [5] excepté le 17 où elle atteignit 100°2 [6] et le 19 où elle monta à 101°2 [7]. Du 22 au 25 : de 97° à 99°6 [8]. Du 26 au 15 novembre : de 97° à 99°4 [9].

On admettra, je pense, que l'empyème double est rare ; en effet, c'est le seul cas que j'ai observé depuis douze ans que je suis à l'hôpital. Walske, dans son « Traité pratique des maladies du poumon » dit : « Les empyèmes doubles, généralement, ne doivent pas être opérés à moins que l'évacuation ne soit nécessaire pour prévenir l'asplyxie. » Trèves, dans son « Traité de chirurgie, » volume II, p. 441, dit : « L'empyème double est une affection très grave, qui, heureusement, est rare. Les deux côtés ne doivent pas être opérés en même temps, mais on doit laisser un intervalle de quelques jours ou une semaine entre les deux opérations. » Sa conclusion est celle-ci : « Il est étonnant, et le fait paraît paradoxal, que l'opération (ouverture des deux plèvres) donne des résultats funestes si elle est faite chez un sujet bien portant, tandis qu'elle devient un moyen de salut quand elle est pratiquée chez un malade. » Je fus fortement surpris de voir guérir cette enfant qui, en plus d'une circonstance, fut dans une situation extrêment critique.

OBSERVATION XXIX

Ausset (4). *Clinique médicale*. Lille, 1898.

Mais si quelquefois le pus est localisé, il est en revanche d'autres circonstances où il est généralisé, où il envahit le

(1) 36°67 et 39°1. — (2) 36°3. — (3) 39°7. — (4) 36°4 et 38°1. — (5) 36°11 et 37°78. — (6) 37°9. — (7) 38°5. — (8) 36°11 à 37°6. — (9) 36°11 à 37°4.

côté voisin, et vous voyez alors se produire des pleurésies a pneumocoque doubles.

J'en possède, par devers moi, un exemple des plus typiques vu au mois de juillet 1898 en consultation avec le Docteur Rouzé. Il s'agissait d'un enfant qui, à la suite d'une pneumonie gauche, fit une pleurésie purulente double à pneumonocoque pur. Je pus faire le diagnostic vérifié par la pleurotomie du côté gauche et la ponction du côté droit. Ces deux épanchements n'avaient pas évidemment la même date ; en effet, l'un, le plus ancien, du côté où avait existé la pneumonie, était constitué par du pus très épais contenant d'énormes productions fibrineuses purulentes, avec une plèvre extrêmement épaissie, un poumon ratatiné et enveloppé d'une coque membraneuse purulente très épaisse. L'autre épanchement était encore très liquide ; on sentait que la purulence était récente et que la pleurésie avait dû d'abord être séreuse ; il s'agissait, à vrai parler, d'une sérosité nettement purulente plutôt que du vrai pus à pneumonocoque, épais, sans sérum. Cependant là aussi, il s'agissait de pneumocoque pur. Il est évident que chez ce malade, la seconde pleurésie s'était produite par extension du processus inflammatoire par contiguité de tissus. J'ajouterai que l'enfant a succombé.

OBSERVATION XXX

Achmétieff (1). In thèse Bluzat, Paris, 1799.

Marie Ch..., 9 ans et 10 mois, entrée à l'hôpital Sainte-Olga, le 5 décembre 1891, se plaignant d'une toux intense, point de côté à gauche et faiblesse générale marquée. La malade est née à terme, nourrie au sein pendant les trois premiers mois. A l'âge de trois ans elle a eu une pneumonie ; à part cela, elle n'a pas eu d'autres affections et était

assez vigoureuse. La mère a eu douze enfants dont trois seulement restent vivants; les autres sont morts avant l'âge de deux ans. Le père est alcoolique et tuberculeux.

L'affection a débuté un jour avant l'entrée de la malade à l'hôpital par un frisson suivi de fièvre, toux, vomissements et point de côté à gauche.

A l'inspection, nous constatons que la malade présente un développement normal, les muqueuses sont roses, la joue gauche présente une vive coloration rouge vif; les extrémités sont légèrement cyanosées.

Les mouvements respiratoires sont fréquents et superficiels; l'épaule gauche est abaissée et s'écarte fortement à chaque mouvement respiratoire.

A l'auscultation, diminution des bruits respiratoires et du frémissement thoracique. Pas de râle.

L'activité du cœur est exagérée; pouls 176, régulier, langue fortement chargée; température, 39°6.

Le 9 décembre. — Nous constatons une poussée herpétique intense et bientôt après apparaissent des douleurs au côté droit. A la percussion, matité presque absolue à gauche et au lobe inférieur à droite.

Respiration bien caractérisée; puis ont apparu des râles crépitants aux deux bases. La toux est suivie d'une expectoration épaisse, transparente, contenant une grande quantité de diplocoques. Température toujours très élevée, état général mauvais. La malade ne peut presque pas dormir, elle doit rester assise; la cyanose augmente. La respiration devient très fréquente (80) et superficielle, pouls faible.

Le 19 décembre. — Les râles ont disparu, la matité devient absolue. Une ponction exploratrice pratiquée dans le neuvième espace intercostal à gauche et le huitième à droite fait écouler du pus. Le lendemain nous avons fait une incision dans le neuvième espace intercostal gauche, un peu en arrière de la ligne axillaire; elle a donné issue

à une petite quantité de liquide rougeâtre, inodore. Application de drain, pansement aseptique. La dyspnée a diminué un peu.

Le 7 janvier 1898. — Nous pratiquons une nouvelle incision dans le huitième espace intercostal gauche au niveau de la ligne scapulaire. Il s'écoule 78 centimètres cubes de pus épais, verdâtre; l'appétit apparaît et l'état général s'améliore notablement. Néanmoins, l'état fiévreux a persisté encore pendant un mois. Les derniers temps de son séjour à l'hôpital elle a eu la rougeole, qui s'est passée facilement, sans complications.

Actuellement, nous constatons une augmentation de poids de 2,000 grammes; les muqueuses présentent la coloration normale; les mouvements respiratoires sont libres; les plaies opératoires entièrement cicatrisées; la forme de la cage thoracique est régulière; cœur normal.

La malade ne tousse plus et se sent très bien.

OBSERVATION XXXI

Bluzat (14). Thèse de Paris 1899.

Edouard B..., âgé de 9 ans et demi, est amené à la consultation, le 12 avril 1897, avec une dyspnée très intense et une température de 40°2. Ces accidents datent de la veille au soir.

Antécédents héréditaires. — Le père de l'enfant est alcoolique, la mère est lymphatique. Une sœur du petit malade est morte de méningite tuberculeuse; pas d'autres antécédents bacillaires.

Antécédents personnels. — L'enfant n'a pas eu d'autre maladie qu'une rougeole bénigne à l'âge de deux ans et dont il a guéri sans complications.

État actuel. — Le malade est anhélant; sa face est rouge et vultueuse; il a une très forte fièvre et du délire; on constate des phénomènes ataxo-adynamiques.

La percussion du côté droit de la poitrine dénote de la submatité et l'auscultation permet d'entendre des râles crépitants typiques; il s'agit donc d'une pneumonie droite aiguë très étendue.

Traitement expectatif et potion à la teinture d'aconit. Potion de Todd.

La pneumonie suit son cours habituel et la résolution se fait le onzième jour; entré en convalescence, il commence à se lever. Le treizième jour, il prend froid, présente de la fièvre et de la dyspnée; le lendemain on constate de la matité à la base droite avec absence de vibrations thoraciques et souffle pleurétique; le pouls est extrêmement rapide.

Le 27 avril. Une ponction exploratrice, faite avec la seringue de Pravaz, démontre l'existence d'un épanchement purulent à droite; l'empyème est pratiqué sans résection costale le 28 avril; la température était de 41° et le pouls donnait 148 pulsations. L'incision de la plèvre donne issue à une énorme quantité de pus verdâtre, non fétide; le poumon est rétracté vers son pédicule. Drainage et pansement iodoformé.

Le 1er mai. — La température est tombée à 38°5; le pouls bat à 125.

Pansement, pas de lavage de la plèvre.

Le 2 mai. — Suppuration extrêmement abondante ayant traversé le pansement et souillé les draps; le malade est fatigué et dans un état d'anxiété extrême et l'on trouve dans la plaie de grosses fausses membranes qui sont attirées au dehors. Odeur un peu fétide; lavage à l'eau boriquée.

Le lendemain l'état est un peu meilleur, malgré quel-

ques douleurs au côté droit; on trouve encore quelques fausses membranes fibrino-purulentes. Lavage à l'eau boriquée.

Le 4 mai. — L'enfant ne tousse presque pas; la suppuration est moins abondante. Le drain est raccourci.

Le 5 mai. — Langue sèche, pas d'élévation de température, suppuration modérée; quelques frottements dans le côté gauche de la poitrine. Le lendemain, la température est un peu élevée. Lavage de la plèvre à l'eau boriquée.

Le 7 mai. — Le drain est tombé, la plaie bourgeonne et tend à se fermer.

Comme la température est encore à 39°, on remet un drain un peu plus long; l'enfant tousse et il s'écoule un peu de pus.

Le 8 mai. — Le drain est rejeté et ne peut être remis en place, l'état général est meilleur. Les jours suivants l'amélioration se maintient mais l'enfant est très faible et très irritable.

Le 14 mai. — La température se maintient à 38°2, on examine la poitrine et l'on constate un peu de matité à la base droite. La plaie est réouverte le lendemain; il s'écoule un peu de pus; l'exploration prudente avec une sonde molle montre que la cavité est toute petite. Lavage avec la solution faible de chlorure de zinc. Drainage. Pas d'amélioration. On constate du côté gauche, le 18 mai, de la matité, du souffle doux et de l'égophonie avec disparition des vibrations thoraciques; l'enfant est oppressé et la température est de 38°5.

Le 19 mai. — On fait une ponction exploratrice du côté gauche avec une seringue de Pravaz; cette ponction donne du pus. L'opération de l'empyème est pratiquée séance tenante avec anesthésie au chloroforme nécessitée par l'état d'excitation nerveuse que présente le malade. Il s'écoule

du pus verdâtre en assez grande abondance; l'odeur est un peu fétide. Lavage à l'eau boriquée. Drainage.

L'empyème du côté droit est également drainé et donne un peu plus de pus que les jours précédents. Les jours suivants les pansements sont continués avec lavage des plèvres, le 20 et le 22 mai. La suppuration devient moins abondante.

Le 25 mai. — Le drain du côté droit est tombé et ne peut être remis en place; la plaie a bon aspect et bourgeonne. La plaie du côté gauche est un peu enflammée; le pus a une odeur fétide et contient quelques grumeaux.

Lavages avec la solution au chlorure de zinc.

L'enfant est très amaigri et très pâle.

Les jours suivants, la suppuration diminue du côté gauche; la plaie du côté droit est cicatrisée.

Le 30 mai. — La plaie du côté gauche bourgeonne, le drain est sorti, on ne le replace pas. Quelques jours plus tard, la cicatrisation de ce côté était complète. A partir de ce moment, l'enfant reprit rapidement ses forces et l'état général devint très bon. L'expansion pulmonaire est satisfaisante des deux côtés, surtout à gauche.

Réflexions. — Il s'agit dans ce cas d'un double empyème consécutif à une pneumonie pour le côté droit et probablement aussi à une affection pulmonaire du côté gauche.

L'examen bactériologique du liquide n'a malheureusement pas pu être fait mais les caractères du pus étaient bien ceux que l'on a décrits dans la pleurésie à pneumocoques, et le mode d'apparition des épanchements semble devoir confirmer cette opinion.

OBSERVATION XXXII

PNEUMONIE DOUBLE. — EMPYÈME DOUBLE. — ABCÈS DE LA PAROI ABDOMINALE.

Marsden (72). *The Lancet*, 1900.

Une fillette, âgée de 11 ans, fut reçue à l'hôpital Monsal pour fiévreux, le 13 juin 1900, pour des symptômes de pneumonie double de la base. Il y avait trois semaines que la maladie avait débuté par un violent mal de tête suivi de fréquents vomissements et de diarrhée. A son entré, la température était de 104°4 F.[1] mais pendant les trois nuits suivantes elle tomba, en lysis, à 100°[2]. Comme la percussion indiquait une augmentation du volume de la rate, qui d'ailleurs était accessible à la palpation, on porta le diagnostic de fièvre typhoïde compliquée d'une pneumonie double mais la séro-réaction de Widal donna un résultat négatif. Sur ces entrefaites, les signes de la pneumonie avaient pris plus d'extension aux deux bases; le 20 juin, une rémission de température accentuée avait eu lieu trois matins de suite et la percussion aux deux bases donnait l'impression d'une augmentation de résistance, on porta le diagnostic d'empyème mais la respiration bronchique s'entendait très bien aux deux bases et on différa la ponction exploratrice. Du 20 au 29 juin, la température fut de 99° F.[3] le matin et de 103°4 le soir; les signes physiques aux deux bases paraissaient stationnaires. Cependant la malade se plaignait d'une douleur abdominale que l'on pensa être d'origine pleurale car l'abdomen était un peu tendu, mesurait 20 pouces de circonférence à l'ombilic; il n'y avait pas de sensibilité à la palpation, et la percussion ne révélait rien d'anormal, on remarqua cependant que la respiration affectait le type costal.

(1) 40°2. — (2) 37°78. — (3) 37°2. — (4) 39°44.

Comme la malade paraissait plus mal, on fit une ponction exploratrice en arrière dans la cavité pleurale droite ; on retira une pleine seringue de pus crémeux, inodore, épais, bien lié et contenant quelque peu de lymphe. On retira aussi quelques gouttes de matière purulente de la base gauche. En conséquence, on réséqua une portion de côte du côté droit mais on ne retira que deux onces de pus ayant les mêmes caractères. Jusqu'au 3 juillet, les rémissions furent de moins en moins considérables, ce que l'on attribua à la présence de pus dans la plèvre gauche. Le soir des 3 et 4 juillet la température fut de 102°4 et 103°4 ; le matin du 5 la malade était très mal. La nuit précédente elle avait eu six gardes-robes noires et liquides et de nombreux vomissements (on doit remarquer que dans deux circonstances antérieures, les 20 et 21 juin, elle avait eu des vomissements et que pendant son séjour à l'hôpital elle n'avait jamais eu qu'une selle par jour mais de consistance variable). Elle se couchait maintenant avec les cuisses repliées sur l'abdomen ; cependant il n'y avait pas de douleur à la palpation, pas de douleur localisée mais une sensation générale de tension. Les matités du foie et de la rate étaient nettement séparées et la percussion du reste de l'abdomen donnait une sonorité parfaite. La mensuration de l'abdomen au niveau de l'ombilic indiquait une augmentation de circonférence de deux pouces et on pouvait obtenir de la fluctuation mais pas quand on exerçait une pression sur la ligne médiane.

Malgré l'impossibilité de faire le diagnostic de l'affection abdominale, on décida de faire une intervention exploratrice. On fit une incision sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. Immédiatement après l'incision de la gaine postérieure du muscle droit de l'abdomen, du pus, ayant les caractères précédemment décrits, jaillit

(1) 39°1 et 39°44.

dans la plaie. En introduisant le doigt, on se rendit compte que le pus venait d'une cavité peu profonde située entre le péritoine et le fascia transversalis. On ne put connaître les limites de la poche malgré l'introduction d'un stylet jusque sous le rebord costal en haut et sur les côtes jusque dans les flancs. On ne retira pas moins de trente-cinq onces de pus et en plaçant un gros drain de la plaie médiane à une contre-ouverture pratiquée dans chaque flanc on assura un large drainage. L'état de la malade s'améliora rapidement : elle quitta enfin l'hôpital le 11 septembre 1900.

OBSERVATION XXXIII

EMPYÈME DOUBLE POST-PNEUMONIQUE

Hale Withe (49). *The Lancet*, 1900.

Le Docteur Hale Wite cite un cas d'empyème double traité par le Docteur Pye-Smith ; il y avait eu empyème double post-pneumonique à la base de chaque poumon et un abcès du poumon.

C. — Empyèmes doubles après la Fièvre puerpérale

On connaît les dangers de l'infection puerpérale chez la nouvelle accouchée. Il était intéressant de réunir à part quelques faits montrant la possibilité de troubles pleuraux à la suite de cette complication. Les cas que nous relatons remontent, pour la plupart, à une époque où l'antisepsie n'était pas encore connue et pratiquée ; actuellement cette complication

est devenue extrêmement rare, il faut cependant rappeler qu'elle est possible.

OBSERVATION XXXIV

INFLAMMATION DES VEINES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES, SE PROLONGEANT DANS LES VEINES OVARIQUE ET HYPOGASTRIQUE, MAIS DANS UNE ÉTENDUE PLUS CONSIDÉRABLE A GAUCHE QU'A DROITE ; RAMOLLISSEMENT BRUNATRE DU TISSU DE LA MATRICE ; FOYERS PURULENTS TRÈS NOMBREUX, OFFRANT DES CARACTÈRES PARTICULIERS DÉVELOPPÉS DANS LES LOBES INFÉRIEURS DES POUMONS ; DOUBLE PLEURÉSIE ; SUPPURATION DANS LA SYMPHYSE PUBIENNE.

Dance (32). Mémoire sur la phlébite utérine. Paris, 1828.

Une femme âgée de 31 ans, d'une bonne constitution, accoucha naturellement et à terme, de son premier enfant à l'hospice de la Maternité, le 8 janvier 1828 et en sortit au bout de neuf jours sans avoir éprouvé le moindre accident. De retour chez elle, et n'ayant commis d'autre imprudence que celle de boire un verre d'eau froide dans un moment où elle était en sueur, elle fut prise de frissons, de malaise et de lassitude générale, et se rendit à l'Hôtel-Dieu le 21 du même mois. A cette époque, les mamelles étaient affaissées (la malade n'avait point allaité), les lochies coulaient, mais en petite quantité ; la langue était sale à son centre et cernée par un bord rouge et vif ; du dévoiement existait depuis trois ou quatre jours, on sentait à l'hypogastre une résistance contre nature, mais la pression du ventre ne provoquait point de douleur ; enfin, la malade ne se plaignait que d'un malaise général et d'une sorte d'accablement dont elle ne pouvait rendre compte. Cet ensemble de symptômes parut indiquer une légère irritation gastro-intestinale, et par deux fois on appliqua

quinze sangsues à l'anus, on administra des boissons délayantes ; on tint la malade à la diète. Cette médication sembla réussir d'abord, le dévoiement se calma, et rien de nouveau n'apparut jusqu'au 25. Ce jour-là frisson violent, délire vague et passager qui cessa pendant la nuit.

Le 26, la malade se disait bien, et même mieux que les jours précédents, toutefois elle s'inquiétait sur sa position ; sa parole était brève et tremblante, la face présentait du désordre, les pommettes étaient plaquées de rouge, le ventre grandement météorisé, résonnait à la manière d'un tambour ; la pression exercée sur l'hypogastre provoquait de la douleur ; enfin le pouls était vif et fréquent, la langue rouge sur les bords, la peau chaude. (Bain de siège, cataplasme sur le ventre, tisane de chiendent et de réglisse, diète).

Le 27, le pouls était moins fréquent et la face moins colorée que la veille, mais le ventre était toujours météorisé, et l'hypogastre présentait une résistance insolite au toucher (même prescription). Le 28, exagération des symptômes, face pâle et décomposée, resserrement et corrugation de la peau qui recouvre les ailes du nez et la lèvre supérieure, yeux cernés, regard sinistre, respiration courte et haletante, pouls faible, donnant 120 pulsations par minute, météorisme abdominal porté au dernier degré. Interrogée avec soin, la malade n'accusait aucune douleur, elle demandait à manger, prétendant être bientôt rétablie, mais on remarquait quelque incohérence dans ses idées. Ayant introduit le doigt dans le vagin, nous l'avons retiré baigné d'une matière purulente très fétide, et avons trouvé le col de l'utérus chaud, tuméfié, et ses lèvres entr'ouvertes (saignée du bras, 3 palettes). Le sang retiré de la veine s'est recouvert d'une couenne assez épaisse.

Au soir, la malade était dans un état aussi alarmant que le matin. Pommettes fortement colorées ; mâchoires serrées ; parole confuse ; embarras dans les idées, somno-

lence ; respiration tellement précipitée qu'on comptait plus de quarante inspirations par minute ; ronchus sonore dans les bronches et à la partie antérieure de la poitrine ; en arrière la percussion ni l'auscultation n'ont point été pratiquées ; ballonnement énorme du ventre ; pouls fréquent et dépressible ; mort le lendemain à trois heures du matin, au dix-huitième jour depuis l'accouchement.

Ouverture du cadavre le 30. — Faible rigidité cadavérique. Aucune lésion appréciable dans l'encéphale et ses membranes. Les deux plèvres contenaient chacune environ une demi-pinte[1] de liquide opaque et puriforme ramassé vers la partie postérieure et inférieure des cavités thoraciques ; des fausses membranes, molles et minces, recouvraient la face externe et le bord postérieur des poumons. Les lobes inférieurs de ces deux viscères étaient parsemés d'un grand nombre de petits foyers purulents, du volume d'une lentille à celui d'une aveline, tous isolés les uns des autres, et nichés pour la plupart, à la superficie de la substance pulmonaire, immédiatement au-dessous de la plèvre, à travers laquelle on les voyait légèrement proéminer, en présentant un point blanchâtre. On reconnaissait facilement leur présence, par le toucher, à des noyaux circonscrits d'engorgement qui offraient une résistance bien différente de la compressibilité naturelle du tissu pulmonaire. Incisés par leur centre, ils fournissaient du pus épais, opaque, bien lié, qui s'écoulait d'une petite cavité creusée dans le parenchyme même des poumons et dont les parois étaient rougeâtres et légèrement ramollies ; mais dans l'intervalle que ces abcès laissaient entre eux, les poumons étaient entièrement sains. Plusieurs de ces engorgements n'avaient point encore passé à la suppuration et à la collection purulente ; ceux-ci présentaient un noyau

(1) 0 litre 337.

entièrement noir, comme il arrive dans l'apoplexie pulmonaire, ou bien une surface grenue et ramollie, d'un rouge mêlé de blanc, indiquant une hépatisation au deuxième ou troisième degré.

Les lobes supérieurs des poumons n'offraient aucune trace de lésion semblable, leur substance était saine.

Les veines pulmonaires contenaient du sang noir, fluide, en petite quantité, sans mélange appréciable de matière purulente et sans altération de leurs parois. Le cœur était sain; un caillot de sang, en partie décoloré et réduit à l'état de fibrine, remplissait le ventricule gauche. Il n'y avait ni épanchement, ni fausses membranes dans la cavité du péritoine; les intestins, et surtout l'arc du côlon, étaient considérablement distendus par des gaz; leur membrane muqueuse ne présentait aucune altération, non plus que celle de l'estomac; le foie avait une couleur et une consistance naturelles; la rate était brune et ramollie; enfin, la vessie offrait un peu de rougeur au voisinage de son col.

La matrice s'élevait jusqu'au niveau du rebord supérieur des pubis. Sa cavité était baignée par une sanie ichoreuse et fétide, elle présentait une couleur noire-brune uniforme, et vers son bas-fond une surface orbiculaire recouverte de végétations saillantes qui indiquaient le point d'insertion du placenta. Par derrière ces végétations, on voyait un nombre considérable de veines béantes remplies de pus, que la pression faisait écouler en abondance. Ayant introduit une sonde canelée dans l'orifice de ces vaisseaux, nous avons mis à découvert un lacis immense de veines qui serpentaient de mille manières dans l'épaisseur des parois de l'utérus, et fournissaient toutes un pus jaunâtre et consistant. Le plus grand nombre occupait le bas-fond de la matrice au niveau de l'insertion placentaire et la paroi latérale gauche de cet organe; on n'en trouvait pas dans l'épaisseur du col; mais cette partie était noire et comme ecchymosée. Il est à remarquer

que toutes ces veines étaient plus rapprochées de la face interne que de la face externe de la matrice, et que leur calibre, égalant celui d'une plume à écrire pour les plus volumineuses, se rétrécissait à mesure qu'on s'éloignait de l'empreinte placentaire. La membrane interne de ces vaisseaux était ridée et comme plissée sur elle-même (disposition qui résultait évidemment du resserrement qu'ils avaient subi depuis l'époque de l'accouchement), leur face interne offrait une couleur blanchâtre analogue à celle du pus qu'ils contenaient ; on n'y voyait pas de fausse membrane, mais leurs parois nous ont semblé plus épaisses que dans l'état naturel. Le tissu de la matrice, interposé entre ces espèces de sinus purulents, était d'un rouge brun, et d'autant plus ramolli qu'on se rapprochait davantage de la cavité utérine ; extérieurement, il avait une couleur et une consistance naturelles, et ne présentait, en aucun point, des traces de suppuration. Les deux ligaments ronds étaient considérablement engorgés ; le gauche, jusqu'à trois pouces au-delà de son insertion à la matrice ; le droit, jusqu'à un pouce seulement, et l'un et l'autre contenaient, dans leur épaisseur, plusieurs veines en suppuration. Les deux veines ovariques, à partir de leur jonction à la matrice, étaient enflammées ; la gauche, dans la longueur d'un demi-pied environ ; et la droite, dans la longueur de quatre pouces seulement. Dans cette étendue, elles ressemblaient à des cordes dures et résistantes, égalant le volume du doigt ; cet engorgement tenait, en grande partie, à l'épaississement du tissu cellulaire ambiant. La cavité de ces veines était remplie par un pus épais et jaunâtre, analogue à celui qui était contenu dans les veines utérines et par des fausses membranes qui tapissaient leurs parois dans toute leur étendue. Les veines de la matrice qui proviennent de l'hypogastrique présentaient absolument la même altération ; elles étaient également enflammées, dans une plus grande étendue à gauche qu'à droite ; le

long des trompes et dans l'épaisseur des ovaires, on voyait encore quelques petites veines remplies de pus, mais dans les veines caves, iliaques et autres veines de l'abdomen, on n'en trouvait aucune trace. La symphyse pubienne était la seule articulation dans laquelle il existât de la suppuration.

Cette observation importante va nous servir à développer une idée fondamentale qui concerne l'histoire de la phlébite en général, en même temps qu'elle touche de près aux maladies des fluides; nous voulons parler du transport du pus des veines enflammées dans les autres divisions du système veineux et de son mélange avec le sang, d'où résulte nécessairement une altération quelconque de ce fluide. D'une part, nous avons vu toutes les innombrables veines de l'utérus et de ses annexes remplies d'une matière liquide purulente, et par cela même susceptible d'être transportée dans le courant circulatoire, pour ainsi dire, à la manière du sang ; de l'autre, des abcès nombreux développés, pour ainsi dire, tout à coup dans les lobes inférieurs des poumons, genre d'altération extrêmement rare à la suite d'une inflammation franche de ces organes, et que, d'ailleurs, on ne peut rapporter à la fonte des tubercules, vu le siège de ces abcès, la nature du pus qu'ils contenaient, le ramollissement de leurs parois et les degrés différents de maturité qu'ils ont offert.

A quelle cause peut-on raisonnablement attribuer leur formation, si ce n'est au pus transporté des veines utérines jusque dans les poumons, en se mêlant avec le sang ? L'intégrité parfaite du tissu pulmonaire qui avoisinait ces abcès, n'indique-t-elle pas que ce pus a été, pour. ainsi dire déposé et non formé dans les poumons ? L'interprétation exacte des symptômes ne fournit-elle pas encore de fortes présomptions en faveur de cette opinion ? Ainsi, après quelques jours d'un calme apparent, et sous les dehors trompeurs d'une légère irritation intestinale, la

maladie s'est tout-à-coup aggravée, la face a pris une expression particulière de souffrance, le sensorium a été profondément troublé, car la malade, pour ainsi dire étrangère à son état, comptait sur une convalescence prochaine et ne percevait aucune douleur, quoi qu'elle fut dévorée par de vastes phlegmasies ; le ventre s'est météorisé, comme il arrive dans les fièvres de mauvais caractère ; le pouls est devenu fréquent et sans résistance ; la respiration s'est embarrassée, et tous ses symptômes ont marché rapidement, dans l'espace de deux à trois jours, vers une terminaison funeste. Des phénomènes aussi subits et aussi désordonnés n'annoncent-ils pas l'influence d'une cause éminemment pertubatrice, telle que le transport et le mélange du pus avec le sang ? Des abcès dans les poumons, présentant les caractères que nous avons indiqués, pourraient-ils se former aussi promptement sans le concours de cette cause ? Plus on analyse cette observation, plus cette opinion semble acquérir de certitude.

OBSERVATION XXXV

DOUBLE PLEURÉSIE, PRÉSENCE DU PUS DANS LES VAISSEAUX LYMPHATIQUES

Cruveilhier (28). *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIII, p. 340. Paris, 1835.

André, vingt-quatre ans, premier accouchement, le 7 août 1831 : le cinquième jour, frisson, abdomen sensible : hypogastre peu développé. Soupçon de péritonite hypogastrique. Saignée de huit onces [1], trente sangsues conditionnelles à l'hypogastre. Bains de siège, cataplasmes émollients. Amélioration. Le 14 août, la malade paraissait hors

(1) 225 grammes.

de danger. Le 15, fièvre, oppression avec toux et sans expectoration, inspirations courtes et fréquentes, agitation, anxiété ; respiration : voix et toux tubaire saccadées. Matité à droite. Diagnostic : pleurésie droite. L'abdomen est insensible à la pression (vésicatoire sur le côté droit, potion calmante). Le 16, pleurésie gauche ; oppression extrême, plaintes continuelles, potion avec kermès minéral six grains, vésicatoire entre les épaules. Les 17, 18, augmentation de l'oppression, de la fièvre et de la toux sèche : commencement de râles muqueux. Mort le 19, dans un état d'asphyxie avec râle.

Ouverture du cadavre. — J'avais noté une péritonite partielle à laquelle ont succédé deux pleurésies. A l'ouverture, je trouve les vaisseaux lymphatiques superficiels et profonds de l'utérus pleins de pus ; point de trace de péritonite.

Double pleurésie avec épanchement séro-purulent très considérable, œdème du bord postérieur et de la base des poumons.

Adhérence du péricarde au cœur à l'aide d'une toile celluleuse, facile à déchirer : j'ai pensé que la péricardite révélée par cette adhérence pouvait bien remonter à une époque antérieure aux pleurésies. Il serait néanmoins possible qu'elle datât de l'époque de l'invasion de la maladie.

La pleurésie consécutive à la péritonite puerpérale peut prendre le caractère chronique et emporter le malade au bout d'un temps très long.

OBSERVATION XXXVI

PLEURÉSIE AIGUE A DROITE ; AMÉLIORATION : ÉTAT CHRONIQUE : INVASION DE PLEURÉSIE AIGUE A GAUCHE : MORT LE VINGT-QUATRIÈME JOUR DE L'ACCOUCHEMENT DE PLEURÉSIE DOUBLE, QUELQUES FOYERS DE PNEUMONIE LOBULAIRE A LA BASE DES POUMONS.

Cruveilhier (28). — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* (T. XIII, p. 335. Paris 1835).

Madame Hévelin, âgée de vingt ans, fut prise de catarrhe pulmonaire le 27 janvier 1832 ; elle était au terme de sa grossesse. Elle fut saignée le 29 janvier ; elle accoucha le 1er février. Je la vis quelques heures après l'accouchement ; elle était sans fièvre. Le 2 février, fréquence dans le pouls, rougeur de la face ; légère douleur latérale qui ne paraît que par instants. J'explore le thorax. Son naturel à gauche ; matité peu considérable à droite ; en outre, respiration et voix tubaires saccadées à la base du poumon droit. L'abdomen est dans l'état le plus parfait d'intégrité. Diagnostic : pleurésie à droite. Traitement : saignée de trois palettes (sang couenneux, beaucoup de sérum) ; émulsion avec huile d'amandes douces, une once [1] ; huile douce de ricin, une once ; sirop de violettes, une once. La première cuillerée détermine des selles tellement abondantes qu'on ne donne pas le surplus. Trois février : matité plus considérable et plus étendue, respiration et voix tubaires saccadées dans tout le côté droit, fréquence moyenne dans le pouls. Deuxième saignée le matin ; quinze sangsues sur le côté le soir. Quatre février : même état ; vésicatoire sur le côté ; le dévoiement continue. Cinq et six février : un peu de mieux ; état stationnaire ; le dévoiement, qui redouble, est combattu à l'aide d'une potion opiacée et d'un quart de

(1) 28 grammes.

lavement avec dix gouttes de laudanum. Sept février : la fièvre est plus considérable ; toujours matité et voix tubaire. Je prescris une troisième saignée de huit onces[1]. Par une erreur grave, elle fut de dix-neuf onces. Le sang des premières saignées m'ayant paru très séreux, je fus curieux de connaître la proportion du sérum et du caillot. Il y avait quinze onces de sérum et quatre onces de caillot. La malade est singulièrement affaiblie par le dévoiement et par la perte d'une aussi grande quantité de sang. La face est décolorée.

Du 8 au 20 février et les jours suivants, affaiblissement, matité toujours croissante du côté droit, sans oppression marquée au moins pour la malade ; à peine fréquence dans le pouls le matin, mais paroxysme le soir, rêvasserie, sentiment de malaise, pressentiments sinistres ; le dévoiement cède enfin. Le premier vésicatoire ayant cessé de donner, application d'un second vésicatoire sur le même côté ; deux autres vésicatoires avaient été appliqués à la partie interne des cuisses pour maîtriser le dévoiement. Le 20, stomatite très intense ; l'exploration du thorax démontre que l'épanchement, limité d'abord aux deux tiers inférieurs du thorax, s'est étendu au tiers supérieur. Le 23, la fièvre devient intense ; un point de côté se déclare à gauche ; oppression considérable. La malade dit que sa maladie a passé de droite à gauche. Je soupçonne une pleurésie à gauche ; mais la malade est tellement épuisée que je n'ose la faire mettre sur son séant pour explorer le thorax. L'oppression augmente le 24. Mort le 25.

Ouverture du cadavre. — Aucune lésion dans l'abdomen. L'utérus, revenu sur lui-même, est d'une extrême fragilité, comme il arrive trois semaines ou un mois après l'accouchement. La muqueuse utérine commence à s'organiser.

(1) 141 gr. 1.

Le foie est tellement déprimé par suite de l'abaissement de la moitié droite du diaphragme que sa grosse extrémité occupe la fosse iliaque droite, et la petite extrémité l'hypochondre gauche. L'axe de ce viscère, qui est presque horizontal dans l'état ordinaire, est devenu vertical.

Thorax. — Je simule l'opération de l'empyème à droite : aussitôt jaillit une grande quantité de sérosité purulente. La plèvre droite en était remplie. Le poumon, refoulé contre le médiastin, tenait au diaphragme par quelques adhérences anciennes.

Une fausse membrane dense et épaisse tapisse la plèvre et enveloppe le poumon. Les couches pseudo-membraneuses qui touchent à la plèvre sont beaucoup plus denses que celles qui répondent à la cavité. La surface adhérente de la fausse membrane est maculée de sang; la surface libre est rugueuse, et les vaisseaux sous-pleuraux sont très développés. Quant à la plèvre elle-même, elle est transparente.

La base du poumon présente plusieurs foyers purulents, irréguliers. Dans quelques lobules, le pus est infiltré.

Pleurésie récente à gauche, plusieurs verres de sérosité purulente, trois petits foyers de pneumonie lobulaire marbrés de rouge et de blanc, comme dans la phlébite, occupent la partie antérieure de la base du poumon.

Réflexions. — La coïncidence des petits foyers de pneumonie lobulaire avec la pleurésie est commune à la suite des plaies et des opérations chirurgicales. Dans ce dernier cas, la pleurésie est consécutive à la pneumonie, qui est alors très superficielle. Dans le cas actuel, la pleurésie gauche me paraît consécutive à la pneumonie lobulaire. Cela n'est pas aussi certain pour le côté droit. Cette pneumonie lobulaire ne semble pas ici reconnaître pour cause une phlébite éloignée comme dans les plaies et les opérations chirurgicales ; mais il n'est pas rare de voir cette maladie

se manifester sans point de départ à une veine enflammée. La pneumonie lobulaire, limitée à un petit nombre de foyers, n'est pas incurable ; il est probable que la malade aurait résisté sans l'invasion de la pleurésie gauche.

Dans les cas si fréquents de coïncidence de pleurésie et de péritonite, souvent les symptômes de la péritonite masquent les symptômes de la pleurésie. Quelquefois le contraire a lieu, en sorte que l'on peut croire à une pleurésie primitive, alors qu'elle est consécutive à une péritonite latente. Dans d'autres cas, il semble que les deux maladies se neutralisent ; la péritonite est latente comme la pleurésie ; celle-la ne s'annonce que par l'intumescence et le météorisme de l'abdomen ; celle-ci par la matité du thorax, la respiration et la voix tubaires saccadées.

OBSERVATION XXXVII

FIÈVRE PUERPÉRALE, FORME PECTORALE. — MORT

Charrier (21). Thèse de Paris, 1855.

Mén..., primipare, vingt-deux ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital le 24 septembre 1854 ; elle accouche le même jour. Tout se passe bien jusqu'au 29 ; la sécrétion laiteuse s'est opérée ; elle allaite son enfant.

Le 29 au soir, fièvre, frisson, diarrhée ; transportée au n° 20 de la salle Sainte-Marie ; enduit jaunâtre de la langue, soif très vive, pas de douleur de ventre, légère dyspnée ; la parole est brève, saccadée ; rougeur aux pommettes ; le pouls est à 120, pas très faible ; à la percussion : matité à droite jusqu'à la pointe du scapulum, souffle pleurétique ; décubitus sur le côté droit ; toux sèche, sans crachats. Ipéca stibié, 1,50 à 0,5 ; potion digitale, 0,10 ; vésicatoire sur tout le côté de la poitrine ; chiendent nitré sp., 2 pots.

Le 30 même état, décubitus dorsal, matité à gauche, orthopnée.

Le 1er octobre, l'état s'aggrave ; matité à gauche.

Le 2, mort à dix heures du matin.

Autopsie. — Epanchement purulent à droite, épais, verdâtre ; le poumon est recouvert d'une couche très épaisse de pus et de pseudo-membranes, refoulé en arrière ; marbrures de la face ; épanchement séro-purulent presque aussi considérable, mais bien moins dense à gauche.

OBSERVATION XXXVIII

FIÈVRE PUERPÉRALE, FORME PECTORALE. — PLEURÉSIE DOUBLE. — MORT.

Charrier (21). Thèse de Paris, 1855.

Yar...., primipare, vingt-sept ans, couturière, depuis quinze jours à l'hôpital, pleure continuellement, sa mère l'a renvoyée de chez elle.

Le 12 octobre, elle accouche naturellement, diarrhée.

Le 13, face pâle, bouche amère ; nous la voyons dans le service d'accouchement ; pouls à 100 ; douleur dans l'hypochondre gauche. Ipéca stibié. Soir, peau moite ; elle va mieux ; pas de dyspnée.

Le 15, sécrétion laiteuse ; elle est passée au n° 22, salle Sainte-Marie.

Le 16, face très altérée, frissons violents, désespoir ; matité à gauche, jusqu'au scapulum ; pouls très dépressible, très fréquent, à 140 ; pas de douleur abdominale ; langue pâle. Ipéca stibié, vésicatoire, toniques.

Le 17, réaction bien marquée ; elle est soulagée ; orthopnée, épanchement à droite.

Le soir, mort.

Autopsie : Trente-six heures après la mort. Pleurésie purulente à gauche, séro-purulente à droite ; rien dans les autres viscères ; ecchymoses sous la plèvre.

OBSERVATION XXXIX

FIÈVRE PLEURALE, FORME PECTORALE. — PLEURÉSIE DOUBLE. — MORT.

Charrier (21). Thèse de Paris, 1855.

Brém...., vingt-six ans, primipare. Ostéomalacie, bassin bien conformé. Arrive en douleurs le 12 octobre, à sept heures du soir.

Le 13 octobre, quatre heures du matin, accouche naturellement, très affaiblie.

Le 17 passe à l'infirmerie. Frissons, fièvres ; douleurs sous sternales ; épanchement à gauche.

Le 18, épanchement à droite, rien dans le ventre.

Le 19, mort.

Autopsie. — Pleurésie purulente à gauche ; le pus est en moins grande quantité à droite ; ecchymoses sous-pleurales ; tous les autres viscères sains ; marbrures au cou.

Son enfant fut emporté par sa mère, très bien portant, le douzième jour après sa naissance.

OBSERVATION XL

Carl Aust (5). *Münch. med. Woch.*, 1892.

Wickordt D..., 21 ans, femme mariée. Fièvre puerpérale. Erysipèle des deux seins. Empyème double. Guérison après cinquante-sept jours de traitement (drainage).

D. — **Empyèmes doubles après l'influenza.**

La grippe qui provoque si souvent des épidémies a été citée quelquefois comme cause déterminante d'empyèmes simples ; nous rapportons trois cas d'empyème double pour lesquels cette affection fut incriminée comme cause efficiente.

OBSERVATION XLI

EMPYÈME DOUBLE CHEZ UN ENFANT DE TREIZE SEMAINES. — OPÉRATION DES DEUX CÔTÉS.

Cassel (18). Communication de la Policlinique des Maladies des enfants.

Le 8 mars 1892, la petite Marguerite D..., âgée de 13 semaines, me fut conduite à la Policlinique. Les renseignements anamnestiques étaient les suivants : l'enfant avait eu à 10 semaines une crise d'influenza avec fièvre, inflammation de la trachée et des bronches, lésions auxquelles il ne fut pas attaché d'importance, car on n'appela pas de médecin et aucun traitement ne fut suivi.

Etat actuel. — Enfant très pâle, extraordinairement amaigrie, peau flasque, sèche, avec écailles furfuracées sur le tronc. Couche adipeuse et musculaire très réduite. La respiration est accélérée (50 mouvements à la minute) courte, superficielle. Le pouls est régulier mais très fréquent, la toux est sifflante et prolongée. — Pas d'exanthème ni d'œdème.

A l'examen physique on ne trouve pas à la partie antérieure du thorax et sur les côtés de déviations notables. Le cœur n'est pas déplacé. En arrière et à gauche, au

niveau de l'angle de l'omoplate, il existe un souffle bronchique. De ce point jusqu'à la limite du poumon les bruits respiratoires sont vagues et indéterminés. En arrière et à droite ces bruits sont également voilés, cependant ils sont un peu plus perceptibles qu'à gauche.

Des deux côtés la percussion fait percevoir une matité très marquée au-dessous de l'angle de l'omoplate ; cette matité remonte à droite dans la direction de la ligne axillaire.

Une ponction exploratrice pratiquée des deux côtés dans le sixième espace intercostal ramène un pus crémeux.

Pas d'albumine dans les urines.

Température = 38°4 C.

Cet examen nous amena nettement à diagnostiquer un empyème double.

Un grand nombre de préparations de pus furent pratiquées par lesquelles on ne décéla ni pneumocoque ni bacille tuberculeux mais seulement du streptocoque.

Bien que l'enfant se trouvât dans une situation désespérée, une opération radicale nous parut être le seul moyen de le conserver à la vie.

Le 12 mars, le Docteur Rosenstein pratiqua une incision sans résection costale qui ouvrit le thorax des deux côtés dans le sixième espace intercostal, sur la ligne axillaire. Nous retirâmes à gauche trois quarts de litre et à droite un demi-litre de pus.

L'enfant qui, en raison de sa faiblesse, n'avait pas été endormi supporta relativement bien l'opération. Le lendemain, les résultats de l'intervention parurent très favorables; la température descendit à la normale, la dyspnée diminua beaucoup, l'appétit et l'état général s'améliorèrent, mais il survint bientôt une suppuration profuse avec accès de fièvre rémittente et perte progressive des forces. Ce que voyant, nous fîmes une dernière tentative pour

sauver l'enfant. Le Docteur Rosenstein pratiqua le 30 avril la résection des 6e et 7e côtes des deux côtés sur une longeur de deux centimètres. Le 10 mai la malade mourut.

L'autopsie qui porta seulement sur le thorax, donna les résultats suivants :

Du côté gauche, les feuillets pleuraux avaient formé des adhérences autour de la poche de l'empyème. Le lobe du poumon gauche en rapport avec les adhérences pleurales ne put que très difficilement être décollé de la paroi. Nous trouvâmes dans ce lobe une excavation grosse comme une petite pomme, qui communiquait avec la cavité de l'empyème; les parois de cette excavation présentaient une surface rugueuse, bosselée, tapissée d'une matière onctueuse et purulente. Le parenchyme pulmonaire était parsemé de foyers caséeux de la grosseur d'un pois.

L'état de la plèvre droite était analogue à celui de la plèvre gauche. Dans le lobe droit existait une poche grosse comme un œuf de pigeon; petits foyers caséeux dans tout le poumon droit.

A l'examen microscopique, nous trouvâmes des bacilles tuberculeux dans la matière onctueuse qui tapissait les cavernes.

Sur la coupe, les glandules bronchiques nous parurent présenter aussi des noyaux caséeux.

Nous portâmes donc le diagnostic de phtisie pulmonaire ulcéreuse et pleurésie double suppurée.

OBSERVATION XLII

Lucy (66). *The Lancet*, 1893.

Le Docteur Lucy rapporte le cas d'un jeune homme de la marine, âgé de dix-huit ans, qui fut réformé pour un empyème double survenu à la suite de l'influenza, il y a

deux ans environ. Le côté droit fut incisé et guéri en trois mois. Le côté gauche fut incisé quatre mois après le début de l'empyème ; cette incision dégagea complètement le poumon ; une portion de côte fut réséquée mais la cavité continua à suppurer pendant neuf mois ; elle admettait une sonde de cinq pouces en haut et en avant. Sept mois après, M. Lucy reséqua une portion de la huitième, de la neuvième et de la dixième côte gauche, ouvrit la plèvre qui avait un pouce d'épaisseur et trouva que la cavité s'étendait jusque sous l'angle inférieur de l'omoplate. La plaie fut guérie deux mois après ; maintenant l'expansion du côté se fait bien et on peut entendre le murmure vésiculaire au-dessous de la neuvième côte en arrière ; le malade a recouvré sa santé.

OBSERVATION XLIII

Sutherland (95). *The Lancet* (1894).

Une fillette de deux ans et demi fut reçue à l'hôpital le quinze juin 1891. Quinze jours auparavant, elle avait eu l'influenza. Quatre jours avant son entrée, elle eut des convulsions, de la fièvre et une envie continuelle de dormir. Elle était très sensible quand on la palpait ; elle avait de la toux et des sueurs. Dans les antécédents héréditaires il n'y avait rien à noter. A son entrée l'enfant était anémique et paraissait malade. La température était de 100° F [1] ; il y avait par minute cent trente pulsations cardiaques et soixante respirations. En arrière du côté droit, s'étendant de l'épine de l'omoplate à la base et dans la région axillaire, il y avait une zone de matité absolue où manquaient le murmure vésiculaire et les vibrations vocales. A la per-

(1) 37°78.

cussion il y avait de la sonorité sur le reste du poumon et on entendait parfois des râles crépitants. Le poumon gauche paraissait normal et le cœur n'était pas déplacé. Comme on avait obtenu du pus par la ponction exploratrice, la sixième côte du côté droit fut réséquée le jour suivant par M. H. L. Lack et on évacua une grande quantité de pus légèrement verdâtre. Le poumon se dilata bien, car il n'y avait pas d'adhérence et la cavité fut largement lavée avec une solution faible de sublimé. Le jour suivant la quantité de pus dans les pansements fut peu considérable et on enleva le drain. Après une semaine, il n'y avait pas d'amélioration. La respiration était rapide et la température élevée. Le vingt-sept juin on trouva de la matité autant en avant qu'en arrière, ainsi que de la respiration bronchique. On introduisit une aiguille exploratrice et on trouva du pus. On fit la résection de la sixième côte au milieu de la ligne axillaire gauche et on retira une grande quantité de pus caillé. Une amélioration sensible suivit cette opération et le drain fut enlevé le troisième jour. Les deux ouvertures suppurèrent encore mais la droite légèrement et le seize juillet tout écoulement avait disparu. Le malade sortit guéri le 24 juillet.

E. — **Empyème double après le rhumatisme.**

Il est assez rare de voir le rhumatisme provoquer l'empyème double, mais cela n'est pourtant pas étonnant. En effet, divers auteurs ont relaté le rhumatisme comme cause de pleurésies doubles séreuses, et de la pleurésie séreuse à la pleurésie purulente il n'y a qu'un pas. Heubner, d'ailleurs, avait observé en Allemagne la participation des séreuses du corps humain à l'inflammation purulente et a rapporté cinq

observations où il s'agit d'une localisation multiple de l'inflammation sur plusieurs des séreuses à la fois : « Dans les cinq observations que j'ai recueillies, je trouve ordinairement que les plèvres sont moins atteintes que les autres séreuses. Dans quelques cas, cependant, les lésions des plèvres sont combinées avec celles des autres séreuses. J'ai trouvé deux fois les deux plèvres prises avec le péricarde, une fois les deux plèvres avec le péritoine..... Enfin une fois les deux plèvres, et vraisemblablement les méninges, furent atteintes. Dans ce dernier cas, en effet, la section de la tête ne put être faite à l'autopsie et les manifestations survenues pendant la vie ne purent être interprétées. »

Toutes les séreuses peuvent donc participer à la purulence, mais il est curieux d'observer que dans l'observation suivante la purulence des deux plèvres coïncida avec la disparition des accidents rhumatismaux.

OBSERVATION XLIV

PNEUMO-PLEURÉSIE AVEC ÉPANCHEMENT DOUBLE DONT L'INVASION COINCIDE AVEC LA DISPARITION BRUSQUE D'UN RHUMATISME.

Andral (2). *Clinique médicale*, Paris, 1840.

Un scieur de long, âgé de cinquante ans, peau brune, muscles très développés, formes athlétiques, ressentit, le 15 septembre 1822, vers quatre heures du soir, une violente céphalalgie qui persista jusqu'au 21. En même temps,

brisement général des membres, accablement, chaleur forte et continuelle, soif, anorexie ; constipation d'abord, puis diarrhée.

A l'époque de l'entrée du malade, 21 septembre, fièvre intense, langue rouge et tendant à se sécher ; diarrhée (cinq à six selles en vingt-quatre heures) ; toux légère, (le malade nous dit que depuis plusieurs années il avait une toux habituelle, qui d'ailleurs ne l'incommodait nullement). (Vingt sangsues à l'anus ; saignée de douze onces). Le sang présenta une couenne épaisse.

Le lendemain, 22, la fièvre était plus modérée, la langue s'était humectée, le dévoiement avait diminué, mais le malade accusait dans le bras droit, et surtout aux diverses articulations de ce membre, des douleurs que le mouvement et la pression augmentaient. Une deuxième saignée fut pratiquée ; elle fut couennense comme la première. Les douleurs ne diminuèrent pas. Dans la soirée du frisson se manifesta pour la première fois, et la nuit une sueur abondante eut lieu.

Dans la nuit du 23, à peine la sueur était-elle terminée, que le malade fut pris d'un nouveau frisson, plus intense que celui de la veille. La toux n'avait point augmenté, la respiration ne semblait pas gênée ; la langue était humide et blanchâtre ; la diarrhée n'existait plus. Les douleurs rhumatismales persistaient. Au frisson succèda bientôt de la chaleur et de la sueur. Dans la journée, le malade eut encore du frisson à quatre reprises différentes ; il ne sua pas. Vers dix heures du soir, les douleurs rhumatismales disparurent. A onze heures, il fut pris d'une vive douleur au-dessous de chaque sein ; cette douleur fut bientôt remplacée par un sentiment de constriction, semblable à celui que le malade aurait éprouvé si la poitrine, selon son expression, eut été fortement serrée entre deux étaux. En même temps, grande dyspnée, vive anxiété. Le malade passa toute la nuit dans les plus terribles angoisses.

Dans la matinée du 24, la respiration était courte, très accélérée. Dès que le malade se livrait au moindre mouvement, il était pris d'une toux sèche et comme convulsive. Le sentiment de constriction de la poitrine persistait. La percussion était peu sonore dans les divers points du thorax ; le bruit respiratoire, très fort sous les deux clavicules, ne s'entendait que d'une manière très faible en arrière des deux côtés. Nous n'entendîmes aucune trace d'égophonie. Le décubitus avait lieu sur le dos. La langue avait repris un peu de rougeur ; pas de selles depuis vingt-quatre heures. (Saignée de seize onces ; vingt sangsues sur chaque côté du thorax ; vésicatoires aux jambes dans l'après-midi).

Dans la journée, l'oppression devint de plus en plus considérable. Quelques crachats visqueux et légèrement rouillés furent expectorés dans la soirée. La nuit, la suffocation devint imminente, et la mort eut lieu le 25 à cinq heures du matin.

Ouverture du cadavre. — Formes athlétiques ; muscles très fortement développés, très large poitrine.

Deux litres à peu près de pus verdâtre étaient épanchés dans chacune des plèvres. Des fausses membranes, de formation récente, les tapissaient. Tout-à-fait à la superficie de la surface externe du poumon droit existaient huit ou dix petits tubercules ramollis. D'autres tubercules semblables étaient disséminés au nombre de cinq à six dans l'intérieur de ce même poumon. Deux des cavités qui résultaient de leur ramollissement auraient pu recevoir une grosse noix. Entre ces tubercules, le parenchyme pulmonaire était sain, si ce n'est en trois ou quatre points isolés, où le tissu du poumon, gorgé de sérosité sanguinolente et un peu ramolli, présentait le premier degré de pneumonie. Le poumon gauche était très sain. Le cœur bien proportionné, contenait du sang noir, ayant la con-

sistance de la gelée de groseille. L'aorte contenait une petite quantité de sang noir liquide ; sa membrane interne avait une couleur rouge uniforme.

La muqueuse gastrique était rouge et ramollie dans toute l'étendue du grand cul-de-sac ; des veines remplies de sang parcouraient dans cet espace le tissu lamineux sub-jacent ; le reste du tube digestif était sain. Rien de remarquable dans les autres viscères.

L'encéphale et ses dépendances parurent être dans leur état physiologique.

Réflexions. — Chez ce malade, l'inflammation avant de frapper les plèvres attaqua successivement divers organes. Ainsi l'on observa d'abord les symptômes d'une inflammation gastro-intestinale ; ils diminuèrent à la suite d'une première saignée ; mais en même temps les tissus fibreux et musculaire du bras droit furent atteints de phlegmasie. Enfin, trois jours plus tard, l'affection rhumatismale cesse tout à coup et en même temps, comme par une sorte de métastase analogue à celle que nous avons notée dans une autre observation, les symptômes de la double pleurésie se manifestèrent ; elle fut surtout annoncée par un double point de côté, une forte dyspnée, une sorte de toux convulsive, un sentiment particulier de constriction de la poitrine dans le sens de son diamètre transversal. Les crachats visqueux et un peu rouillés, qui se montrèrent seulement pendant les derniers temps, annoncèrent la propagation de la phlegmasie de la plèvre au parenchyme même du poumon. Cette dernière phlegmasie n'existait d'ailleurs qu'en quelques points isolés.

Aurait-on pu soupçonner l'existence des tubercules pulmonaires chez un individu aussi fortement constitué, et qui semblait présenter le moins de conditions possibles favorables à leur développement ?

F. — Empyème double après une fausse membrane à streptocoque et la coqueluche.

Nous réunissons ici deux observations, où dans un cas l'on trouva la coqueluche dans les antécédents ; dans l'autre l'empyème double succéda à des accidents buccaux qui consistaient en une fausse membrane pseudo-diphtéritique de la langue ; l'examen bactériologique démontra la présence de streptocoques.

OBSERVATION XLV

EPANCHEMENT PURULENT A STREPTOCOQUES

Observation résumée. In thèse Paul Boncour (83). Thèse de Paris, 1896.

Alice Plat, âgée de 17 mois, entre le 11 février 1896 à la salle Trousseau. La malade entre avec du tirage ; la fièvre s'élève à 40° ; le tubage ne soulage pas la malade. La gorge n'a rien mais il y a une plaque diphtéroïde sur la langue. L'examen dénote la présence de streptocoques. Le poumon était sain. La dyspnée continue, le 13 l'état général est très mauvais ; on injecte du sérum de Marmoreck ; la malade meurt le soir.

A l'autopsie, on trouve une pleurésie purulente double. Récente à droite, elle est plus ancienne à gauche. Le liquide y est louche, les exsudats fibrineux tapissent les plèvres ; il y a des adhérences interlobaires. A droite, il y a peu de liquide et il est légèrement hémorrhagique. L'inoculation de la culture à un lapin donne une arthrite puru-

lente de la patte antérieure gauche et du streptocoque dans le sang.

Cette observation montre que l'infection de la plèvre s'est faite directement sans l'intermédiaire du poumon qui était sain.

OBSERVATION XLVI

Carl Aust (5). *Münch med. Woch.*, 1892.

Hylla Emile (5 mois). Coqueluche, otite moyenne, empyème double, péricardite purulente, tuberculose miliaire. La durée du traitement fut de 40 jours. A l'autopsie l'examen démontre que le côté gauche était guéri. L'empyème ne fut reconnu double qu'après la mort. Le diagnostic était en effet impossible à cause de sa faible extension.

G. — Cas à étiologie indéterminée.

Dans ce groupe nous réunissons plusieurs cas où l'étiologie est indéterminée, mais qui nous ont servi pour établir la statistique de la mortalité, de la guérison, de l'âge ou bien de l'efficacité du traitement.

OBSERVATION XLVII

TROIS CAS DE PLEURÉSIE DOUBLE PURULENTE

Hervieux (51). *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, 1864.

Sur quatorze cas d'empyème, cet auteur a observé la pleurésie double huit fois et la pleurésie unilatérale six fois. Sur les huit cas de pleurésie double, trois appartien-

nent à la forme sèche, deux à la forme séro-sanguinolente, trois à la forme purulente et pseudo-membraneuse.

OBSERVATION XLVIII

Lewis Smith (64). — *American journal of. obstétrics*, 1880.

En 1867, je fis l'autopsie d'un enfant qui mourut à l'asile des enfants trouvés de New-York ; il n'avait pas encore un mois. De chaque côté, la plèvre, costale et pulmonaire, était uniformément enflammée ; je trouvai une petite quantité de pus, pas plus d'un drachme [1], dans une plèvre ; il y en avait encore moins dans l'autre : dans les deux plèvres il n'y avait presque pas d'exsudat séro-fibrineux. Il y avait aussi du pus à la base de chaque poumon, non à la surface libre de la plèvre, mais au-dessous d'elle.

OBSERVATION XLIX

Godlee (45). *The Lancet*, 1890.

M. Godlee a été récemment appelé à traiter un cas d'empyème double; il préféra n'opérer qu'un côté à la fois. Il usa d'une méthode qui lui permit de traiter l'empyème sans incision. Un flacon contenant un liquide légèrement antiseptique fut mis, par un tube et une petite aiguille, en communication avec la partie supérieure de la plèvre ; un aspirateur fut réuni à un autre tube placé à la partie inférieure et ainsi on put laver complètement la plèvre jusqu'à ce que le liquide ressortit limpide.

(1) 1 gramme.

OBSERVATION L

Voelcker. — *The Lancet*, 1890.

Le Docteur Voelcker cite un cas d'empyème double où le côté gauche ne fut traité que trois semaines après le droit. Le cas guérit bien, mais plus tard la plaie se rouvrit à l'occasion d'une pneumonie et ne put être refermée qu'en réséquant trois côtes.

OBSERVATION LI

Bernard Pitts (86). *The Lancet*, 1893.

1er cas. — Il y a un an et un mois le malade, âgé de 12 ans, était à l'hôpital pour empyème double. Il présente des cicatrices symétriques au dessous de l'angle de l'omoplate, lieu où les côtes furent réséquées. Les côtes sont parfaitement reformées. L'amplitude de la poitrine se fait complètement et l'enfant est en bonne santé. La respiration s'entend faiblement aux bases et affecte le type abdominal.

2e cas. — Il y a onze ans, un garçon de 11 ans entra à l'hôpital pour un empyème double. Les côtes furent réséquées au-dessous de l'angle de l'omoplate des deux côtes. La respiration se fit bien. La colonne vertébrale resta droite et il n'y eut pas de difformité. L'état général était bon.

3e et 4e cas. — Parmi les autopsies rapportées par Pitts et pratiquées à l'hôpital « For sick children, great Ormond-Street », on retrouve deux empyèmes doubles dont un cas avec péricardite.

Statistique de l'Hôpital Saint-Thomas de 1888 à 1892. Sur 86 cas d'empyème, on relève 4 empyèmes doubles.

2 cas avec guérison à la suite de la résection pratiquée des deux côtés.

1 cas suivi de mort : il n'y eut pas d'opération.

1 cas suivi de mort par diphtérie contractée pendant la convalescence et après opération.

OBSERVATION LII

HUIT CAS D'EMPYÈME DOUBLE

Batten (7). *The Lancet*, 1894.

Ces huit cas ont été observés dans un an, du 1er mai 1893 au 1er mai 1894.

Au-dessous de	Nombre de malades.	Guérison.	Mort.
2 ans	3	1	2
3 id.	2	1	1 (mort de diphtérie)
4 id.	—	—	—
5 id.	2	2	—
6 id.	—	—	—
7 id.	1	1	—
Total...	8	5	3

Renseignements sur les trois cas de mort :

1° 2 ans et 6 mois. — Empyème double. Incision du côté gauche et aspiration du côté droit trois jours avant la mort. A l'autopsie on trouva du pus du côté droit.

2° 1 an et 2 mois. — Empyème double. Opération du côté droit. Autopsie.

3° 2 ans. — Mort de diphtérie. On trouva l'empyème double à l'autopsie.

OBSERVATION LIII

SEPT CAS D'EMPYÈME DOUBLE

Wightmann (110). *The Lancet*, 1894.

Sept cas d'empyème double furent reçus à l'hôpital. Il y eut une guérison et six morts qui se répartissent ainsi :

		Complication	Cause de la mort
1°	Empyème double.	—	Epuisement.
2°	id.	Péricardite purulente	id.
3°	id.	Broncho-pneumonie	id.
4°	id.	Péricardite purulente	id.
5°	id.	Broncho-pneumonie	id.
6°	id.	—	id.

OBSERVATION LIX

John Bion Bogart (12). *Annals of Surgery*, 1899.

Sur vingt-trois cas d'empyème, Bogart rapporte deux cas d'empyème double. Un des cas était compliqué d'un abcès du cerveau avec méningite à la suite d'une fracture compliquée du crâne par enfoncement ; une éruption scarlatiforme apparut deux jours après l'accident.

Durée des symptômes pulmonaires avant l'admission non déterminée.

OBSERVATION LV

(Inédite)

PLEURÉSIE PURULENTE DOUBLE ET PÉRICARDITE PURULENTE STREPTOCOCCIQUES

Due à l'obligeance de MM. Rispal et Baylac.

Jeune femme, couchée salle Sainte-Marie n° 8, Hôtel-Dieu de Toulouse, dans le service de M. le Docteur Baylac, ayant succombé avec de la dyspnée et du collapus cardiaque presque immédiatement après son entrée à l'hôpital.

Autopsie pratiquée le 22 avril 1899. — Pas de lésions extérieures apparentes. A l'ouverture de la cavité abdominale pas d'épanchement ; foie très volumineux, pesant plus de 2 kilos, infiltré de graisse. Reins de volume et d'aspect normal ; rate très tuméfiée et ramollie ; rien de particulier du côté des autres organes.

L'ouverture des plèvres laisse écouler de chacune d'elles environ un litre de pus jaune, bien lié, contenant des fausses membranes ; les feuillets pleuraux sont épaissis, les poumons refoulés contre la gouttière vertébrale.

Le sac péricardique contient aussi 500 grammes de pus un peu moins épais que le pus pleural ; le cœur petit, est entouré de fausses membranes purulentes. L'examen bactériologique a montré la présence du streptocoque à l'état de pureté.

Réflexions. — Nous n'avons eu cette observation qu'au dernier moment. Nous n'avons pu la faire rentrer dans notre tableau général et dans nos tableaux étiologiques. Nous le regrettons d'autant plus que M. le professeur Rispal avait pratiqué l'examen bactériologique, cet examen se rencontrant rarement dans de pareilles observations.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique et Pathogénie

Examen macroscopique. — Les lésions que l'on rencontre dans l'empyème double sont les mêmes que celles que l'on rencontre dans l'empyème simple : comme dans ce dernier, on trouve dans le premier la présence de pus dans la plèvre, la présence de fausses membranes et un épaississement de la séreuse portant surtout sur la plèvre pariétale. Cet épaississement est quelquefois considérable, ce qui explique un grand nombre de ponctions exploratrices blanches. On peut trouver dans les pleurésies purulentes doubles du pus crémeux, du pus verdâtre, du pus bien ou mal lié, inodore ou fétide. A propos du pus fétide, nous pouvons dire que l'on peut le rencontrer sans avoir affaire à des pleurésies putrides ou gangréneuses. En effet, Dieulafoy (36) dit : « Il faut réserver le nom de pleurésie fétide à la pleurésie dont le liquide est puant, sans que cette puanteur soit due au processus de putréfaction ou de gangrène. La dénomination de fétide implique que la pleurésie n'est ni putride ni gangréneuse (pas de pneumo-

thorax, pas de lambeaux sphacélés dans le liquide ni trace de gangrène sur les parois). »

Mais quelquefois le liquide pleural ne présente pas les caractères physiques du pus, et ce n'est qu'en laissant déposer le liquide qu'on s'aperçoit par le dépôt qu'il est purulent. Il ne faut donc pas conclure qu'un liquide n'est pas purulent au premier examen physique fait lors d'une ponction, mais laisser ce liquide pendant quelque temps en repos dans un récipient.

Quand le liquide est franchement purulent, on ne peut pas dire à première vue qu'il contient tel ou tel microbe, d'autant que l'examen bactériologique, très difficile pour certains microbes, démontre quelquefois la présence de plusieurs microorganismes associés. Les cultures systématiques et les inoculations seules peuvent nous renseigner exactement. Nous n'entrerons pas dans leur détail qui est hors de notre sujet.

L'abondance du liquide est quelquefois considérable ; d'autres fois elle est très minime (il arrive de ne trouver que quelques grammes de matière purulente dans une plèvre) [1]. A part les cas de pleurésies purulentes doubles dus à des accidents puerpéraux, on trouve le plus souvent chez les adultes le liquide purulent enkysté par des fausses membranes, et il

(1) Quelques gouttes de pus dans l'observation Paul Boncour et deux litres dans chaque plèvre dans l'observation XLIV.

suffit de se rapporter à nos observations pour voir que l'on est souvent obligé de rompre les fausses membranes pour évacuer un empyème double. Chez les enfants il n'en est pas de même et la plupart des auteurs affirment que l'envahissement de la cavité pleurale est général ; c'est ainsi que s'exprime M. Hervieux (51) : « La pleurésie chez les nouveau-nés est presque constamment générale, elle a fort peu de tendance à se localiser, à se circonscrire et cela par une raison bien simple, c'est que la maladie est de trop courte durée pour permettre aux fausses membranes de s'organiser et d'emprisonner comme dans un kyste une certaine quantité de liquide. »

S'il en est ainsi chez les nouveau-nés, il peut en être de même chez les adultes dans certaines conditions, c'est-à-dire quand l'épanchement bilatéral se fait très rapidement ; c'est le cas pour les pleurésies doubles puerpérales, et Charrier (21) nous apprend que « l'intégrité relative de la séreuse est habituelle dans les pleurésies purulentes puerpérales. Quand la mort a été très rapide, on ne trouve pas trace d'infection sous-pleurale, la plèvre est un peu plus terne, plus opaline que d'habitude, mais sans trace évidente de phlogose ».

Quand la pleurésie est enkystée, elle peut affecter diverses situations : le plus souvent elle est centrale, mais elle peut être diaphragmatique ou médiastine.

Lésions de voisinage. — Souvent la plèvre n'est

pas seule atteinte par le processus et on peut observer des lésions de voisinage. C'est ainsi que l'on peut observer des péricardites purulentes ou bien des péritonites purulentes consécutives à un empyème double. Si on diagnostique l'empyème double en faisant une autopsie et que l'on découvre en même temps des lésions péritonéales, on peut reconnaître la lésion primitive. D'après Charrier (21) « on peut jusqu'à un certain point sur le cadavre, savoir si la pleurésie a été primitive ou secondaire ; c'est par la résistance, l'épaisseur, l'organisation plus ou moins avancée des fausses membranes et aussi par la nature du liquide qui est exhalé. Tandis que dans la plèvre vous rencontrez une épaisseur quelquefois d'un demi-centimètre aux fausses membranes, avec des adhérences assez résistantes où se distinguent déjà des traces de vascularisation non équivoques, vous ne trouvez dans l'abdomen qu'une péritonite sans étendue, circonscrite, caractérisée par des fausses membranes à peine visibles. Le liquide contenu dans la plèvre est du pus concret, verdâtre, homogène, tandis que le liquide épanché dans l'abdomen n'est que de la sérosité un peu louche. »

Ordinairement on trouve des lésions du poumon au-dessous de la plèvre viscérale, sous forme d'abcès du poumon, ou bien l'envahissement des deux poumons par le processus tuberculeux. Mais c'est surtout l'hépatisation de l'organe pulmonaire qui serait la lésion la plus fréquente, au moins d'après Valleix.

Cet auteur affirme qu'il n'y a pas chez le nouveau-né de pleurésie qui ne s'accompagne des lésions de la pneumonie. Il y a là évidemment une exagération, mais le fait est loin d'être rare.

S'il arrive de rencontrer dans certaines circonstances les poumons avec une lésion légère, il peut aussi en être autrement : le poumon lésé par le premier empyème, quand la bilatéralité se produit après un espace de temps assez considérable, peut être réduit à l'état de moignon comblant le sinus costo-vertébral à la partie supérieure. Ce poumon est le plus habituellement enfermé dans une coque de fausses membranes qui empêchent son expansion.

Les déformations de la cage thoracique sont le plus souvent temporaires ; elles sont dues à la rétraction momentanée de l'organe pulmonaire, mais disparaissent quand un traitement approprié a rétabli le fonctionnement de cet organe.

Pathogénie. — La pathogénie de l'empyème double est assez obscure. Nous ne pouvons pas invoquer la communication des deux cavités pleurales, car chez l'homme les deux organes ne communiquent pas comme chez le chien. Il semble plus naturel d'invoquer les lésions de voisinage pour les affections pulmonaires puisque la plèvre viscérale comme le poumon est irriguée par les artères, les veines et les lymphatiques bronchiques. Pour les affections à distance comme la fièvre puerpérale, la théorie de

l'infection purulente et de l'embolie peut seule nous expliquer la participation des plèvres à la purulence.

Dans l'étiologie des observations que nous avons classées parmi les empyèmes doubles primitifs, nous n'avons pu trouver le fait déterminant le développement du microbe dans les plèvres, et nous ne pouvons invoquer qu'un affaiblissement de l'organisme sous l'influence d'une cause générale, permettant au microbe l'envahissement des cavités pleurales.

CHAPITRE IV

Symptômes.

Les symptômes des pleurésies purulentes simples évoluent en trois périodes qui sont : le début, l'état et la terminaison. Il en est de même pour les empyèmes doubles. Cette dernière affection offre souvent les signes de deux pleurésies purulentes simples évoluant l'une après l'autre; mais souvent aussi on assiste au développement, d'un côté, d'un empyème coïncidant avec la terminaison d'un empyème du côté opposé. Si nous nous en tenions à la description classique, nous serions obligé de signaler des symptômes survenus au même moment, mais marquant un état différent des deux plèvres. Nous croyons qu'il pourrait en résulter de la confusion et nous préférons étudier la symptomatologie d'après l'examen clinique fourni par les observations.

L'empyème double étant une maladie très grave, l'état général du malade est toujours fort mauvais; en effet, il faut tenir compte de la particularité suivante : d'une part la suppuration des séreuses amène rapidement un affaiblissement de la santé; d'autre

part un épanchement même séreux remplissant une plèvre provoque des désordres fonctionnels graves, à plus forte raison quand l'épanchement est double et purulent. Cette proposition reste vraie dans les cas où l'empyème double est admis comme primitif. Si aux accidents dus à la bilatéralité de la purulence, nous joignons ceux provoqués par la maladie qui nous semble en être la cause, il semble que nous devions nous trouver en présence d'un malade très affaibli et dont l'état est grave ; c'est ce qui arrive en effet : il n'est pas rare d'observer du délire ou des phénomènes ataxo-adynamiques.

Le facies n'est pas toujours identique à lui-même : on peut le trouver fortement coloré ou très pâle ; mais il est presque toujours l'indice d'une vive souffrance. Quand on rencontre les pommettes fortement colorées, on observe généralement des symptômes de pneumonie évoluant en même temps que les symptômes de l'empyème double, soit que la pneumonie soit à son déclin alors que l'empyème s'installe, soit que la pneumonie survienne comme complication. Quand la maladie primitive est la fièvre puerpérale par exemple, on rencontre surtout un facies cyanique. Charrier dit dans sa thèse : « les lèvres sont violâtres, la teinte de la face est cyanique, il y a presque toujours des ecchymoses de la conjonctive » ; à propos de cette dernière particularité, nous devons dire que dans l'observation VIII les pupilles sont irrégulièrement dilatées, mais Huntington (54), qui rapporte le cas, ne

nous fait pas connaître si l'irrégularité des pupilles existait antérieurement. Il n'est pas rare d'observer autour des lèvres et des ailes du nez quelques vésicules d'herpès. On peut aussi se trouver en présence d'un malade au facies cyanosé, indice à peu près certain de troubles circulatoires.

Un symptôme plus fréquent que nous avons relevé dans toutes les observations, c'est la dyspnée. Charrier (21) la considère comme un phénomène constant et insiste beaucoup sur sa valeur seméiologique. La dyspnée n'est cependant pas toujours intense: elle est quelquefois peu appréciable, mais quand on compte le nombre de respirations, on trouve un chiffre supérieur à celui de l'état normal. Parfois elle est si intense que le malade ne garde plus le décubitus dorsal ou latéral et on le voit en orthopnée, s'aidant de tous les muscles auxiliaires, faire tous les efforts respiratoires possibles pour éviter l'asphyxie. La position du malade dans le lit est variable : tantôt on observe le décubitus latéral, tantôt le décubitus dorsal. Cependant quand on a affaire à un empyème double où les deux côtés sont pris successivement, on remarque que le malade se couche de préférence sur le côté atteint.

Si on interroge le malade, on retrouve quelquefois dans l'anamnèse des antécédents bacillaires, mais le plus souvent l'indication d'une maladie aiguë. Le traumatisme est rarement relaté (il n'est indiqué que dans les observations d'Hubert (53), mais dans ce cas le

traumatisme n'est pas directement l'agent provocateur de l'empyème double, mais d'une pneumonie qui seule doit être prise en considération. Le traumatisme s'accompagne donc de phénomènes pneumoniques.

Le point de côté n'est pas un symptôme constant ou plutôt il n'est pas constamment spontané; nous voulons dire qu'il peut ne pas être assez violent pour que le malade l'accuse, mais dans ces conditions on le détermine par la pression quand on pratique la palpation du malade.

La toux n'est pas très vive ; elle peut être quinteuse et suivie de quelques crachats rouillés. Ordinairement elle est sèche, nerveuse, tracasse incessamment le malade, provoque des accès de dyspnée et de la cyanose du visage. Elle détermine rarement des vomissements, car ces derniers, quand ils ont lieu, sont plutôt dus aux troubles gastro-intestinaux que révèlent quelquefois les réponses du malade.

Avec les vomissements coincident des diarrhées sur lesquelles nous ne saurions trop insister puisque nous les avons retrouvées dans un très grand nombre d'observations ; la diarrhée d'ailleurs n'est pas un symptôme passager et si l'interrogatoire du malade la décèle au premier examen, on la retrouve aussi au cours de l'évolution de la maladie ; elle fait partie de la série des troubles intestinaux sur lesquels nous reviendrons à propos du diagnostic et qui ont pu faire soupçonner une fièvre typhoïde.

Si, après avoir interrogé le malade, on prend son

pouls, on remarque que ce dernier est irrégulier, dépressible, parfois incomptable, ou bien fort et intermittent, mais toujours le nombre de pulsations est augmenté. La température prise régulièrement indique une augmentation considérable au début de l'affection. Quand la purulence existe en même temps des deux côtés, ou quand surviennent des complications, elle est toujours plus élevée que dans l'empyème simple. A certains moments elle peut affecter le type hectique et indique alors un état alarmant.

Nous avons vu à propos de l'examen du malade dans son lit que l'on pouvait avoir affaire soit à un malade en orthopnée, soit à un malade dans le décubitus latéral. Quand il est en orthopnée, le patient fait entrer en jeu tous les muscles auxiliaires de la respiration : le type respiratoire est alors le type costal. Mais c'est là l'exception et les types abdominal ou costo-abdomidal se rencontrent plus fréquemment.

L'examen général du corps dénote un amaigrissement notable, à moins qu'on ne se trouve en présence d'un empyème double succédant à des accidents puerpéraux ou évoluant très rapidement.

La majorité des auteurs admet que l'œdème de la paroi est un des meilleurs symptômes de la pleurésie purulente : nous ne l'avons jamais rencontré dans l'empyème double; au contraire nous retrouvons dans quelques observations du retrait des espaces intercostaux à l'inspiration ; certains auteurs invoquent pour l'expliquer la paralysie des muscles intercos-

taux. Nous ne pouvons donner une autre explication de ce symptôme. Les autres déformations du thorax consistent dans la présence d'une voussure ou bien dans une déviation de la colonne vertébrale. Par le fait de la bilatéralité, la voussure double, quand elle existe, est moins appréciable que dans les pleurésies séreuses ou purulentes simples. Cependant elle peut être appréciable quand l'évolution de l'empyème double porte tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre.

Le signe du cordeau de Pitres est soumis aux mêmes variations pour les mêmes raisons. La cyrtométrie pourrait donner des indications plus exactes mais à la condition de connaître déjà le périmètre normal de la cage thoracique chez l'individu à examiner : or c'est un examen qui ne se pratique guère que dans les services hospitaliers et il faudrait le pratiquer régulièrement pour pouvoir trouver après une affection péritonéale ou pulmonaire une ampliation du volume thoracique portant sur les deux côtés.

Les déviations qui semblent l'apanage des pleurésies simples chroniques existent dans l'empyème double : il nous semble qu'elles sont liées à la présence d'un épanchement plus abondant d'un côté que de l'autre et que ce sont des déformations temporaires. En effet, ce symptôme est plus d'une fois relaté dans les observations, mais la déformation disparaît par le traitement; après l'évacuation du liquide purulent (la déformation a persisté une seule fois après le traitement).

Si on examine attentivement la paroi thoracique, on peut déceler la présence, dans un espace intercostal, d'un point plus saillant que le reste de la paroi ; en poursuivant l'examen on trouve de la fluctuation en cet endroit. Une ponction exploratrice démontre que l'on se trouve en présence d'une collection purulente. Cette collection peut ne pas se trouver au niveau d'un espace intercostal mais bien au dessus de l'omoplate (au-dessous de l'épine ou à la pointe).

La ponction exploratrice démontre aussi la présence du pus : mais tandis que dans le premier cas on a affaire à un abcès de nécessité tendant à l'ouverture de l'empyème au dehors de la cage thoracique, dans le second cas on a affaire à des abcès à pneumocoque qu'il n'est pas rare d'observer dans les affections pulmonaires ou pleurales à pneumocoque.

La palpation indique généralement que les vibrations vocales sont diminuées. Quand l'examen a été possible chez l'enfant on a relaté quelquefois une augmentation des vibrations vocales : nous pensons qu'il s'agissait alors d'un épanchement peu abondant au-dessous duquel persistait une pneumonie dont les symptômes primaient ceux de l'épanchement.

On n'observe pas le bruit de flot quand on a recours à la succussion hippocratique ; ce symptôme se rencontre seulement dans les épanchements hydro ou pyo-aériques. Tel n'est pas le cas ici.

La percussion donne de meilleurs renseignements :

quand elle est faite avec soin, elle décèle le moindre des épanchements ou tout au moins le fait soupçonner. La matité obtenue peut indiquer une zone plus ou moins étendue au-dessous de laquelle se trouve le liquide pleural. C'est un symptôme qui ne manque jamais dans la pleurésie purulente à moins que le pus ne soit en très petite quantité. Mais chez les enfants, la percussion doit être pratiquée avec beaucoup plus de soin que chez l'adulte; chez le premier, on évitera de la pratiquer trop fortement : on aurait alors une sonorité due à la percussion du poumon et non de la plèvre; c'est ce qu'il faut éviter.

En dehors de la sonorité, la percussion peut rendre compte de l'élasticité de la paroi : elle est toujours diminuée dans l'empyème double.

L'auscultation fournit surtout des symptômes négatifs : en effet si on trouve de l'égophonie, de la bronchophonie, un souffle pleurétique, de la pectoriloquie aphone, il est beaucoup plus fréquent de constater une diminution du murmure vésiculaire quand ce n'est pas une absence complète.

L'examen des urines indique quelquefois la présence de l'albumine. Pour certains auteurs, l'albuminurie est presque la règle à une certaine période, mais nous croyons que cette période doit être assez tardive et n'arrive que lorsque le rein est frappé de dégénérescence amyloïde comme après les suppurations chroniques de l'organisme.

En terminant, nous ferons remarquer que les sueurs vespérales ou nocturnes n'ont presque jamais fait défaut.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic de l'empyème double n'est pas très facile ; la difficulté est plus grande chez l'enfant que chez l'adulte. [illegible] a observé [illegible] cas d'épanchement double, puis ajoute que cet épanchement est rarement [illegible]. Enfin, on doit faire le diagnostic [illegible] avec [illegible], pouvant être confondues avec la pleurésie purulente bilatérale.

Diagnostic de l'épanchement. — Le diagnostic de l'épanchement se fait à l'aide de symptômes qui par eux-mêmes ne sont pas pathognomoniques, mais dont la réunion permet de poser le diagnostic. Les [illegible] sont [illegible]. L'examen fait soupçonner une affection thoracique et invite à pousser l'examen du côté de la poitrine. A l'examen direct on ne trouve [illegible] mais il faut les rechercher soigneusement, car elles ne [illegible]. Nous avons déjà dit, au chapitre de la symptomatologie, [illegible]

difficiles à rechercher parce que l'on ne connaît pas l'amplitude normale de la cage thoracique du malade que l'on examine ; or, la cyrtométrie ne peut nous renseigner efficacement que si l'on peut se rendre compte des modifications du périmètre thoracique. Cependant il est très rare d'avoir à faire à un épanchement double pour lequel l'évolution bilatérale est identique et le plus souvent on peut constater qu'un des côtés est plus volumineux que l'autre.

Dans le cas d'épanchement bilatéral, on ne trouve pas de modification du côté de l'organe cardiaque. Si on observe dans les épanchements à gauche des déviations de la pointe du cœur en bas et à droite ou pour les épanchements à droite des déviations de la pointe à gauche, il semble naturel que le cœur ne subit pas de déviation dans les épanchements bilatéraux si ce n'est un léger redressement de l'organe, c'est-à-dire un abaissement de la pointe. Or nous n'avons jamais trouvé cette modification chez l'adulte et ce n'est que chez quelques enfants qu'elle est relatée. En effet, dans quelques observations nous trouvons que la pointe bat dans le cinquième espace intercostal gauche, ce qui indique un abaissement de la pointe du cœur, en admettant que cette dernière bat normalement dans le quatrième espace. La recherche du point où l'on sent la pointe du cœur donne donc peu de renseignements.

La palpation pratiquée chez l'enfant est très peu précise parce qu'il est exceptionnel de se trouver en

présence d'un sujet docile. Il n'en est pas de même chez l'adulte où cet examen dénote une diminution des vibrations thoraciques au niveau de la base des deux poumons.

La percussion est un auxiliaire plus précieux et dont on doit tenir un très grand compte. Elle nous indique une augmentation de la sonorité aux sommets, tandis qu'aux bases elle donne de la matité. Cependant il faut savoir qu'elle doit être pratiquée très légèrement en avant à droite et à la base du thorax, parce que la matité que l'on obtient à ce niveau, quand on percute fortement, est due à la présence du foie : il en est de même en arrière.

La plupart des auteurs donnent comme bon signe d'un épanchement à gauche la disparition de la sonorité de l'espace de Traube. Dans un grand nombre des observations que nous citons, ce symptôme n'est pas indiqué, soit qu'il n'ait pas été recherché, soit qu'il n'ait pas frappé l'attention de l'observateur. Mais dans les cas où l'examen a porté sur cette région, le résultat a été négatif et l'espace de Traube a donné de la sonorité à la percussion. C'est donc un symptôme qui ne donne pas des indications précises pour le diagnostic. Nous pensons qu'il n'existe que dans les grands épanchements envahissant la plèvre gauche.

L'auscultation apporte un bon contingent pour assurer le diagnostic de l'épanchement. Le souffle plénique, les frottements pleuraux, l'égophonie, la

bronchophonie, la pectoriloquie aphone ne sont pas autant de phénomènes pathologiques se produisant à la fois, mais il est rare que l'un ou l'autre manque. Mais le signe le plus important que cet examen nous révèle et qui nous éclaire davantage est la diminution du murmure vésiculaire et même sa disparition complète.

Donc, l'interrogatoire du malade, en nous révélant des frissons, des points de côté, des sueurs, de la toux, guide notre examen vers la poitrine et les signes physiques nous entraînent à porter le diagnostic d'épanchement double.

Diagnostic du siège. — Dans la pleurésie double le siège de l'épanchement est variable. Dans les pleurésies simples nous savons que le liquide peut remplir toute une cavité pleurale ou bien une portion de cette cavité. Cet ainsi que l'on distingue des pleurésies générales, diaphragmatiques ou médiastines. Dans la pleurésie double, on peut observer ces diverses variétés de même siège ou de siège différent. C'est ainsi que l'on peut avoir affaire à une pleurésie totale à droite et médiastine à gauche. S'il est plus facile de faire le diagnostic d'une pleurésie totale, il est plus difficile de diagnostiquer une pleurésie médiastine et le plus souvent on ne peut que soupçonner cette dernière. Les pleurésies diaphragmatiques sont plus accessibles à l'exploration au moins à gauche.

Diagnostic de la purulence. — S'il est déjà difficile d'établir le diagnostic d'épanchement double, il est encore plus difficile d'affirmer la purulence de cet épanchement au moins d'après les symptômes. En effet, ces derniers ne peuvent que faire soupçonner le grave état en face duquel on se trouve. Cependant ces signes de probabilité sont assez importants pour que l'on en tienne compte.

La gravité de l'état général est déjà une première indication à laquelle s'ajoutent des frissons répétés, des sueurs, mais surtout une fièvre continue avec exacerbations vespérales.

L'anorexie, la diarrhée sont des symptômes que l'on trouve dans beaucoup d'affections et qui n'ont ici de valeur que si on les ajoute aux autres symptômes.

La palpation et l'auscultation ne nous donnent pas de renseignements. Mais l'inspection et la percussion sont d'un assez grand secours. Certains auteurs ont voulu considérer l'œdème de la paroi comme un très bon signe de la purulence de l'épanchement, mais nous rappelons que nous ne l'avons jamais retrouvé dans les cas d'empyème double. Si nous ne l'avons pas retrouvé, cela ne veut pas dire qu'il ne puisse pas exister puisque bon nombre des cas qui font l'objet de notre thèse n'ont pas donné lieu à une observation complète. En dehors de ce symptôme il nous faut en citer un autre que révèle l'inspection : c'est la présence de tumeurs au niveau d'un espace

intercostal. Un examen plus approfondi permet de trouver de la fluctuation à leur niveau et donne de grandes présomptions en faveur d'un empyème de nécessité. La percussion peut nous faire soupçonner l'état purulent du liquide pleural non à cause de la matité que l'on obtient en la pratiquant mais à cause du défaut d'élasticité au doigt que présente la paroi. Ce serait là, pour M. Netter (82), un signe pathognomonique. Pour cet auteur il serait, non seulement un signe de purulence, mais encore le meilleur moyen de connaître le lieu où doit intervenir le médecin ou le chirurgien.

La survenance d'une vomique purulente au cours de l'évolution de la maladie apporte un élément de plus pour porter le diagnostic, mais il ne faut pas trop compter sur ce signe car il ne se produit que dans la minorité des cas ; encore n'est-on pas toujours certain de la provenance du pus évacué. Nous en dirons autant des crachats purulents que l'on rencontre non seulement dans l'empyème double mais aussi dans quelques affections pulmonaires.

Un des meilleurs renseignements objectifs qui peut faire poser le diagnostic d'épanchement purulent double, c'est l'état général. En effet, si après avoir opéré un empyème simple on n'observe qu'une amélioration passagère, suivie d'une recrudescence de la température et du nombre de pulsations cardiaques, l'attention doit être attirée sur l'autre côté du thorax et il est rare que les signes physiques ne permettent

pas d'y soupçonner la présence d'un second épanchement. L'étiologie n'est pas à négliger pour se former une opinion. L'âge et la maladie antérieure peuvent faire présumer la purulence. « On pensera à une pleurésie purulente, dit M. Netter, quand il s'agira d'enfants de moins de cinq ans, la pleurésie étant exceptionnellement séreuse à cet âge, et quand la maladie aura succédé à une pneumonie. »

On s'étonnera, peut-être, de ne pas nous avoir vu signaler les moyens d'examen que des découvertes plus modernes mettent à notre disposition, c'est-à-dire de la radiographie et de la radioscopie. Il semblerait que ce mode d'examen pourrait apporter une certitude. MM. Variot et Chicotot (91), après avoir examiné par la radioscopie un bon nombre d'enfants porteurs d'épanchements pleuraux, séreux et purulents, avancent que la radioscopie, chez les enfants, peut s'adjoindre d'une manière très utile aux signes fournis par l'auscultation et la percussion. Cependant, si la radioscopie peut nous renseigner, plus facilement que la percussion, sur le déplacement du cœur et du médiastin, sur la quantité de l'épanchement et l'opportunité de l'intervention thérapeutique, elle ne peut nous fournir aucune indication différentielle entre les épanchements séreux et les épanchements purulents. Que le liquide soit transparent ou opaque, il paraît, d'après les expériences de MM. Variot et Chicotot, intercepter les rayons de Roentgen de la même façon et aucune distinction ne peut être établie

entre l'ombre donnée par de la sérosité et celle produite par du pus[1].

Tous les symptômes que nous venons d'examiner sont des symptômes de probabilité. Aucun d'eux n'est pathognomonique, mais celui dont nous allons nous occuper est le seul qui puisse nous donner un renseignement précis : c'est le seul qui soit pathognomonique. Nous voulons parler de la ponction exploratrice. Cette ponction se pratique habituellement au moyen de la seringue de Pravaz après une toilette antiseptique de la paroi costale et asepsie de l'aiguille portée par la seringue. La ponction se fait au point où les signes physiques font soupçonner la présence de l'épanchement. Après avoir enfoncé l'aiguille à travers la paroi, on fait le vide dans la seringue et s'il existe du liquide dans la cavité pleurale on le voit remplir la cavité de la seringue. Il semble *à priori* qu'il en soit toujours ainsi, mais il n'en est rien. On ne compte plus les ponctions blanches pratiquées dans le but d'établir la présence d'un épanchement.

En effet il faut tenir compte de la présence de fausses membranes, qui peuvent oblitérer l'ouverture de l'aiguille, ou bien de la qualité du pus, qui peut être mal lié et l'on connaît la difficulté qui existe pour aspirer du pus de cette nature. On peut aussi avoir affaire à un épanchement d'une très mince épaisseur et il est possible que l'aiguille traverse la

(1) Semerdjieff. Thèse de Toulouse, 1901.

couche du liquide pour se fixer dans le parenchyme pulmonaire. Aussi, croyons-nous, que le moyen le plus pratique, quand on a fait une ponction blanche, est de répéter plusieurs fois la ponction au moyen de la seringue de Pravaz ou mieux de se servir de l'aspirateur Dieulafoy (aiguille n° 2). Dans ce dernier cas, on enfoncera l'aiguille dans la paroi thoracique, puis on pratiquera le vide dans l'aspirateur avant de pénétrer profondément et ce n'est que « le vide à la main » que l'on poussera l'aiguille. Il est certain, pour si peu épaisse que soit la couche de liquide purulent, que l'on verra pénétrer du pus dans l'aspirateur ou tout au moins l'aiguille, retirée de la paroi, portera à son orifice des grumeaux qui ne laisseront aucun doute.

Enfin, l'on doit faire l'examen microscopique quand les caractères physiques du liquide retiré par la ponction ne sont pas suffisamment nets. On trouvera, dans les cas de purulence, un grand nombre de globules de pus dans la préparation examinée au microscope.

Nature de la purulence. — Une fois le diagnostic de purulence posé, il faut faire le diagnostic de la nature de cette purulence. Les symptômes cliniques ne peuvent nous fournir de base pour l'établir; l'étiologie, seule, donne quelques présomptions. Aussi, on devra rechercher avec soin, dans les antécédents immédiats du malade, l'affection qui a provoqué le développement de l'empyème double. Si nous trouvons la pneumonie, nous pouvons présumer avoir affaire

à du pneumocoque; après les accidents puerpéraux, nous pourrons penser à la présence du streptocoque.

Le laboratoire seul pourra nous renseigner sur la nature du pus et il ne faut pas négliger de pratiquer des cultures ou des inoculations, mais nous ne pouvons, ici, nous étendre sur ce sujet.

Diagnostic différentiel. — Nous ne nous étendrons pas longuement sur ce sujet, car il nous serait impossible de le traiter complètement. Nous nous bornerons à indiquer quelques points qui nous paraissent assez importants.

L'étude du diagnostic différentiel doit porter sur les affections doubles du thorax pouvant être confondues avec l'empyème bilatéral, puis sur les affections unilatérales simulant un épanchement alors que le diagnostic d'empyème est indubitable du côté opposé.

Parmi les affections doubles pouvant donner lieu à discussion, il faut signaler d'abord la tuberculose. Chez l'adulte, l'examen attentif des divers symptômes permettra d'éliminer les empyèmes doubles, mais il n'en est pas de même chez l'enfant. Chez ce dernier, surtout chez le tout jeune enfant, l'envahissement de la tuberculose est rapide; le processus morbide ne frappe pas seulement les sommets du poumon comme chez l'adulte mais porte sur la totalité de l'organe. En effet il n'est pas rare, dans une autopsie, de constater sur toute la hauteur du viscère respiratoire la

présence de tubercules et l'on peut remarquer que, si les tubercules sont disséminés à l'intérieur de l'organe, ils sont surtout agglomérés à la face externe du poumon au-dessous de la plèvre viscérale. De plus la plèvre est quelquefois envahie et des deux côtés. Les symptômes physiques dans ces cas ne permettent pas de poser un diagnostic ferme ; la ponction exploratrice elle-même ne peut être invoquée sûrement, puisque nous avons vu qu'elle donne des renseignements positifs et non négatifs, c'est-à-dire qu'elle permet d'affirmer la présence du pus mais ne nous autorise pas à en nier la présence quand elle donne des résultats négatifs.

Le développement de la syphilis chez l'adulte doit être présent à l'esprit du médecin dans les cas douteux. Cette dernière affection, par ses accidents tertiaires, ne porte pas sur le sommet des poumons mais frappe la base ou tout au moins le lobe moyen à droite. Cependant l'augmentation des vibrations vocales, les antécédents du malade et la coexistence de lésions syphilitiques sur les autres organes permettent d'établir le diagnostic.

Les autres affections pulmonaires doubles, telles que la pneumonie ou la bronchopneumonie nous semblent offrir moins d'intérêt puisque l'ensemble des symptômes permet d'affirmer le diagnostic. Aussi nous ne faisons que les signaler.

En dernier lieu, nous rappelerons que certains auteurs ont voulu faire de la forme de la limite supé-

rieure de la matité un symptôme d'épanchement ou d'affection hépatique. C'est ainsi que, d'après Frerichs, la forme de la matité serait inverse dans les deux cas ; s'il y a épanchement, la concavité est tournée en haut, dans les maladies du foie ce serait la convexité; or nous devons dire que, d'après les recherches de MM. Damoiseau (30) et Wintrich, la forme de la matité dans l'épanchement est sinueuse.

L'ensemble des symptômes cliniques peut quelquefois faire croire à une fièvre typhoïde. Ainsi, dans l'observation XXXII, nous voyons que la réaction de Widal, seule, put faire éliminer le diagnostic de fièvre typhoïde en faveur d'un épanchement purulent. On relate aussi un état typhique dans l'observation XV.

Diagnostic des complications. — Dans ce paragraphe, nous ne voulons pas parler des complications possibles mais de celles que nous avons retrouvées dans les observations que nous rapportons.

En première ligne nous devons placer la pneumonie dont on voit se dérouler les symptômes au cours de l'évolution d'un empyème double. Il suffit de remarquer un jour l'expectoration de crachats rouillés pour que l'attention du médecin soit éveillée; l'auscultation vient ensuite confirmer les soupçons et les râles crépitants qu'elle révèle ne laissent aucun doute. Une affection cardiaque peut survenir ; nous avons en vue la péricardite. Cette complication se trouve

chez les enfants et chez les adultes ; elle assombrit considérablement le pronostic. Après la péricardite viennent les migrations du pus dans l'organisme. Les fistules costo-pleurales qui surviennent au cours des empyèmes simples ne doivent pas entrer en ligne de compte pour nous puisque nous n'avons pu en retrouver. Il n'en est pas de même pour les migrations du pus à travers le diaphragme. Dans l'observation XXXII, on peut voir que des symptômes d'un abcès de la paroi abdominale ont aggravé l'état du malade. L'autopsie confirma le diagnostic.

Enfin aucun cas ne nous a permis de constater la communication du liquide de l'empyème avec l'intestin.

CHAPITRE VI

Pronostic et Traitement

Nous n'avons pas consacré un chapitre à l'étude du pronostic parce qu'il suffit de se rapporter à notre tableau général pour voir que l'empyème double se termine toujours par la mort quand on n'intervient pas par un traitement approprié.

Encore n'accorderons-nous pas à l'étude du traitement une très grande place car nous ne ferions que répéter ce qui a été déjà dit. La question a été magistralement traitée par notre Maître, M. le professeur E. Cestan (20) dans sa « Thérapeutique des empyèmes. » Nous nous bornerons à indiquer quelques particularités.

Et d'abord nous ferons remarquer que dans tous les cas où une intervention n'a pas été pratiquée, soit chez l'adulte, soit chez l'enfant, la mort est survenue. Mais si le diagnostic d'empyème est nettement établi et si le médecin intervient, de quelque façon que ce soit, nous voyons que sur 7 adultes il n'en meurt que 2 et chez les enfants on ne relève que 6 morts pour 37 guérisons. Nous devons ajouter

que sur ces 6 cas de mort l'intervention n'eut lieu que d'un côté et qu'il n'y eut pas de vérification nécroptique. Dans un second cas, l'intervention ne porta que sur une plèvre et la vérification démontra que la guérison avait été obtenue de ce côté. Nous obtenons ainsi une proportion de 71,4 % de guérisons contre 28,5 % de morts chez l'adulte et 86,1 % de guérisons contre 13,9 % de morts chez l'enfant. Ces chiffres, malgré le petit nombre de cas chez l'adulte, sont assez éloquents par eux-mêmes pour que nous n'insistions pas davantage.

Examinons maintenant quel est le meilleur mode de traitement de l'empyème double. Les auteurs, pour la plupart, admettent que les ponctions simples amènent la guérison dans les cas d'épanchements à pneumocoques. Cela est vrai quelquefois, mais dans la dernière observation, en date, d'empyème double (observation XI), on peut voir qu'elles ne furent pas suffisantes et il fallut recourir à la pleurotomie. D'ailleurs sur un nombre total de 139 interventions, qui eurent lieu dans nos divers cas, nous trouvons que la ponction a été pratiquée 53 fois pour 21 malades ; or, sur ces 21 malades, 7 seulement ont guéri à la suite de ponctions et les autres ont dû être traités par la pleurotomie ou la résection. Donc, il vaut mieux, selon nous, abandonner un traitement qui n'est pas sûrement curatif ou tout au moins n'avoir recours à la ponction que comme traitement d'attente, puisque dans la majorité des cas, on est

obligé d'avoir recours à une intervention plus sérieuse. Pour la même raison, bien des auteurs préfèrent pratiquer la résection d'emblée parce qu'ils prétendent que cette opération est souvent nécessaire même après la pleurotomie et qu'ils ne veulent pas perdre de temps. Il est certain que nous avons relevé un nombre à peu près égal de pleurotomies et de résections, puisque nous comptons 40 pleurotomies et 46 résections, mais nous devons reconnaître que la résection est venue dans quelques cas déterminer une guérison que la pleurotomie ne provoquait pas.

Les partisans de la résection déclarent que le traitement n'est efficace que si on ouvre une large porte à la collection purulente de la plèvre et que c'est la résection qui assure le meilleur drainage tant chez l'enfant que chez l'adulte.

En effet la pleurotomie n'est pas toujours suffisante et il faut parfois recourir à la résection.

Le point le plus important, pour nous, est de savoir si on doit pratiquer l'intervention des deux côtés dans la même séance ou bien s'il faut attendre un certain temps. En 1888, on affirmait que l'intervention ne pouvait présenter quelques chances de succès qu'à la condition de porter successivement sur les deux plèvres. Il faudrait inciser d'abord l'un des deux empyèmes et de préférence celui du côté gauche pour faire cesser promptement la compression du cœur et parce que l'empyème gauche se cicatrise plus vite que celui du côté droit ; on devrait attendre que le

poumon gauche se dilate suffisamment pour faire la pleurotomie à droite. On serait simplement autorisé à pratiquer des ponctions à droite si la compression du poumon droit entretenait une trop forte dyspnée. La prudence était dictée par la crainte de voir les deux poumons, mis au contact de l'air, ne pas reprendre leur amplitude. Mais nous connaissons actuellement la tolérance de l'organe pulmonaire pour le contact de l'air et ce fait, contraire aux données physiologiques, nous permet d'affirmer que l'ouverture simultanée des deux plèvres est possible. En effet, cette intervention double loin de conduire au collapsus pulmonaire favorise au contraire l'expansion. Pour expliquer ce fait, les auteurs anglais admettent que les empyèmes doubles, presque toujours métapneumoniques et vraisemblablement à pneumocoques, sont généralement enkystés. Cette théorie nous explique pourquoi les poumons ne se rétractent pas, mais ne nous montre pas pourquoi les poumons reprennent leur expansion et récupèrent ainsi leur fonction.

Cependant il est plus prudent de ne pas pratiquer systèmatiquement une double opération qui ne doit être faite que dans les cas urgent, comme le montre le fait rapporté par Fox. Il faut mieux laisser s'écouler un certain laps de temps entre les deux interventions. Il est évident que nous n'avons en vue que les cas où l'empyème évolue en même temps des deux côtés, car si on a affaire à deux empyèmes évoluant sucessivement on n'opérera qu'au moment opportun.

C'est le point sur lequel nous voulions insister.

En terminant, nous dirons qu'on ne doit pratiquer l'anesthésie générale que chez les enfants qui sont dans une période d'agitation ou chez les sujets nerveux. Dans les autres cas, on se contentera de faire l'anesthésie cutanée au moyen d'injections d'une solution de cocaïne à 1 %.

Il ne suffit pas d'amener la guérison de l'empyème double par le traitement chirurgical, mais il faut favoriser la réexpansion pulmonaire et le redressement des déformations thoraciques au moyen d'exercices de gymnastiques.

On surveillera l'état général et nous ne saurions trop recommander de peser fréquemment les malades. Dans les observations que nous citons, les malades ont été assez souvent pesés et l'augmentation de poids a toujours été constatée dans les cas de guérison.

Tableau général

Tableau des cas d'empyè

N°	BIBLIOGRAPHIE	AGE	SEXE	MALADIE ANTÉRIEURE
1	Dance. — Mémoire sur la phlébite utérine. Paris, 1828.	31	F	Accidents puerpér
2	Andral. — Clinique médicale. Paris, 1840.	50	M	Rhumatisme
3	Andral. — Clinique médicale. Paris, 1840.	60	M	—
4	Cruveilhier. — Dict. de méd. et de chir. pratiques. Paris, 1835.	24	F	Accidents puerpér
5	Cruveilhier. — Dict. de méd. et de chir. pratiques. Paris, 1835.	20	F	Accidents puerpér
6	Charrier. — Thèse de Paris, 1855.	22	F	Fièvre puerpéral
7	Charrier. — id.	27	F	Fièvre puerpéral
8	Charrier. — id.	26	F	Fièvre puerpéral
9	Hetherington. — Médical press and circular. Londres, 1878.	31	F	—
10	Kelsch et Vaillard. — Arch. de phys. normale et patholog. Paris, 1886.	34	M	Pleurésie droite
11	Carl Aust. — Münch. méd. Woch., 1892.	21	F	Fièvre puerpéral
12	Lucy. — The lancet, 1893.	18	M	Influenza
13	Fyffe. — Bristol medic. chirurg. journal, 1893.	17	M	Pleuro-pneumoni double
14	Sevestre. — The lancet, 1898.	22	M	Pneumonie
15	Frenkel (H.).	38	M	Pneumonie doub

ouble chez l'adulte.

TRAITEMENT	DURÉE DU DRAINAGE	RÉSULTAT
—	—	Mort
—	—	Mort
—	—	Mort
—	—	Mort
—	—	Mort
—	—	Mort
—	—	Mort
—	—	Mort
droite : 2 ponctions aspiratrices ; à gauche : 1 ponction aspiratrice.	—	Guérison
droite : 1 ponction et pleurotomie ; à gauche : 1 ponction et pleurotomie.	—	Mort
rainage.	57 jours.	Guérison
droite : pleurotomie ; à gauche : résection.	à droite : 3 mois. à gauche : 9 mois.	Guérison
ouble incision et drainage.	à droite : 3 semaines et demie. à gauche : 4 semaines.	Guérison
ésection bilatérale.	—	Mort
droite : 1 ponction et pleurotomie ; à gauche : 2 ponctions et pleurotomie.	à droite : 41 jours. à gauche : 64 jours.	Guérison

Tableau des cas d'empyèr

N°	BIBLIOGRAPHIE	AGE	SEXE	MALADIE ANTÉRIEURE
1	Lewis Smith. — American journal of obstetrics, 1880.	1 mois	M	—
2	Sangster. — The lancet, 16 octobre 1880. In Sutherland.	2	M	Broncho-pneumon
3	Brauser. — In Bouveret : Traité de l'empyème, 1888. In Sutherland.	3	M	Fièvre scarlatine pneumonie doubl
4	Blunt et O'Kell. — The lancet, 1888. In Sutherland.	5	M	Douleur des deux c de la poitrine
5	Huber. — Arch. of pediatrics, 1889, vol. VI. In Sutherland.	13	M	Pleuro-pneumoni double
6	Huber. — Arch. of pediatrics, 1889. In Sutherland.	5 1/2	—	Pleuro-pneumoni double
7	Huber. — Arch. of pediatrics, 1889, vol. IX. In Sutherland.	6	M	Pneumonie lobair droite
8	Gardiner. — New-York med. record., vol. XXXIV. In Sutherland.	15	M	—
9	Morgan et Bruce. — The lancet, 1890. In Sutherland.	6	M	Pneumonie
10	Coupland et Gould. — The lancet, 1890. In Sutherland.	7	F	Pleuro-pneumoni double
11	Westbrook. — New-York med. journal, 1890. In Sutherland.	4	F	Pneumonie lobair droite
12	Taylor. — The lancet, 1890.	2 ans 10 m.	M	Broncho-pneumon
13	Godlee. — The lancet, 1890.	—	—	—
14	Voelcher. — The lancet, 1890.	—	—	—
15	Handford. — The lancet, 1891. In Sutherland.	7 1/2	M	—
16	Deanesly. — The lancet, 1892. In Sutherland.	10	F	Pneumonie

double chez l'enfant.

TRAITEMENT	DURÉE DU DRAINAGE	RÉSULTAT
—	—	Mort
droite : incision et drainage ; à gauche : aspiration (2 fois).	—	Guérison
Double incision, lavage et drainage.	à droite : 7 semaines. à gauche : 7 semaines.	Guérison
droite : résection et drainage ; à gauche : incision et drainage.	à droite : 7 semaines. à gauche : 4 semaines.	Guérison
spiration (une seule) ; double incision, lavage et drainage.	à droite : 5 semaines. à gauche : 5 semaines.	Guérison
Double incision, lavage et drainage.	à droite : 4 semaines. à gauche : 4 semaines.	Guérison
Double incision, lavage et drainage.	à droite : 8 semaines. à gauche : 8 semaines.	Guérison
spiration (5 fois), double incision et lavage.	à droite : 8 semaines. à gauche : 7 semaines.	Guérison
spiration (4 fois), double résection et drainage.	à droite : 5 semaines. à gauche : 4 semaines.	Guérison
spiration (11 fois) ; double résection, lavage et drainage.	à droite : 5 semaines. à gauche : 6 semaines.	Guérison
droite : incision et drainage ; à gauche : aspiration (2 fois).	—	Guérison
droite : résection ; à gauche : incision.	—	Guérison
spiration et lavage des deux plèvres.	—	Guérison
ésection d'un seul côté.	—	Guérison
ésection double et drainage.	à droite : 9 semaines. à gauche : 9 semaines.	Guérison
spiration (2 fois), double résection et drainage.	—	Guérison

N°	BIBLIOGRAPHIE	AGE	SEXE	MALADIE ANTÉRIEURE
17	Deanesly. — The lancet, 1892. In Sutherland.	1 1/2	—	Indéfinie
18	Walter Carr. — The lancet, 1892. In Sutherland.	7	M	Pneumonie doubl
19	Carl Aust. — Münch. med. Woch., 1892.	15 mois	M	Coqueluche
20	Dunn (L.). — The lancet, 1892.	—	—	Pneumonie
21	Dunn (L.). — id.	—	—	Pneumonie
22	Warbasse. — Annals of surg., 1893. In Sutherland.	10	F	—
23	Marsh. — Liverp. med. chir. journ., 1893. In Sutherland.	8	M	Indéfinie
24	Cassel. — Deutsh. med. Woch., 1893	13 semain.	F	Influenza
25	Pitts. — The lancet, 1893.	12	M	—
26	Pitts. — id.	11	M	—
27	Pitts. — id.	—	—	—
28	Pitts. — id.	—	—	—
29	Pitts. — id.	—	—	—
30	Pitts. — id.	—	—	—
31	Pitts. — id.	—	—	—
32	Pitts. — id.	—	—	—
33	Sutherland. — The lancet, 1894.	5	M	Pneumonie lobair
34	Sutherland. — id.	5 1/2	F	Pneumonie lobair double
35	Sutherland. — id.	6	M	Pneumonie lobair double
36	Sutherland. — id.	2 1/2	F	Influenza
37	Carl Beck. — Medical record., 1894.	1	F	Pleuro-pneumoni

TRAITEMENT	DURÉE DU DRAINAGE	RÉSULTAT
Résection simple et drainage.	—	Mort subite 12 jours après
Aspiration (une fois), résection double et drainage.	à droite : 8 semaines. à gauche : 10 semaines.	Guérison
Aspiration à gauche (empyème droit non diagnostiqué).	—	Mort : le côté gauche était guéri.
Résection double et drainage.	—	Guérison
Résection double et drainage.	—	Guérison
Résection double, lavage et drainage.	à droite : 17 jours. à gauche : 17 jours.	Guérison
(droite : incision et drainage ; à gauche : aspiration (une fois) puis incision et drainage.	à droite : 8 semaines. à gauche : 15 semaines.	Guérison
Pleurotomie double et résection double	—	Mort
Résection double.	—	Guérison
Résection double.	—	Guérison
—	—	Mort
—	—	Mort
Résection double.		Guérison
Résection double.	—	Guérison
—	—	Mort
—	—	Mort par suite de diphtérie
Résection double, lavage et drainage.	à droite : 12 jours. à gauche : 13 jours.	Guérison
Résection double, lavage et drainage.	à droite : 3 jours. à gauche : 10 jours.	Guérison
Résection double, lavage et drainage.	à droite : 4 jours. à gauche : 12 jours.	Guérison
Résection double, lavage et drainage.	à droite : 1 jour. à gauche : 3 jours.	Guérison
Résection double.	à droite : 6 semaines. à gauche : 3 semaines.	Guérison

N°	BIBLIOGRAPHIE	AGE	SEXE	MALADIE ANTÉRIEURE
38	Fox. — The lancet, 1894.	12	F	Influenza et pneumonie
39	Beatley et Ridley. — British medic. journal, 1894.	21 mois	M	Sueurs nocturnes
40	Batten. — The lancet, 1894.	2 ans 6 mois	—	—
41	Batten. — id.	1 an 2 mois	—	—
42	Batten. — id.	2	—	—
43	Batten. — id.	2	—	—
44	Batten. — id.	1	—	—
45	Batten. — id.	5	—	—
46	Batten. — id.	5	—	—
47	Batten. — id.	7	—	—
48	Wightman. — The lancet, 1894.	—	—	—
49	Wightman. — id.	—	—	—
50	Wightman. — id.	—	—	—
51	Wightman. — id.	—	—	—
52	Wightman. — id.	—	—	—
53	Wightman. — id.	—	—	—
54	Wightman. — id.	—	—	—
55	Paul Boncour. — Thèse de Paris, 1896.	17 mois	F	Plaque diphtéroïde d langue à streptocoq
56	Huntington. — The lancet, 1896.	11	M	Douleurs des deux c
57	Cooke. — The lancet, 1898.	11	F	Accidents pulmona
58	Ausset. — Clinique médicale, Lille, 1898.	—	M	Pneumonie

TRAITEMENT	DURÉE DU DRAINAGE	RÉSULTAT
A droite : incision ; à gauche : aspiration et incision.	des deux côtés : 3 semaines.	Guérison
Pleurotomie double.	à droite : 46 jours. à gauche : 47 jours.	Guérison
A droite : aspiration ; à gauche : incision		Mort
Opération du côté droit.	—	Mort
—	—	Mort de diphtérie
—	—	Guérison
	—	Guérison
—	—	Guérison
—	—	Guérison
—	—	Guérison
—	—	Guérison
—	—	Mort
—	—	Mort
—	—	Mort
—	—	Mort
—	—	Mort
—	—	Mort
—	—	Mort
A droite : 2 aspirations et incision ; à gauche : aspiration et incision.	à droite : 16 jours. à gauche : 19 jours.	Guérison
A droite : incision et lavage ; à gauche : incision et lavage.	à droite : 24 jours. à gauche : 37 jours.	Guérison
A droite : ponction ; à gauche : pleurotomie.	—	Mort

N°	BIBLIOGRAPHIE	AGÉ	AGE	MALADIE ANTÉRIEURE
59	Achmetieff. — Dietskaia medicina, 1898. In thèse Bluzat.	9 ans 10 mois	F	Pneumonie doubl
60	Bluzat. — Thèse de Paris, 1899.	9 1/2	M	Pneumonie
61	Marsden. — The lancet, 1900.	11	F	Pneumonie doubl
62	Hale White. — The lancet, 1900.	—	—	Pneumonie
63	Milligan. — British med. journal, 1900.	6	F	—

Hervieux. — Gazette des Hôpitaux civils et militaires, 1864... 3 ca

John Bion Bogart. — Annals of Surgery..... 2 ca

TRAITEMENT	DURÉE DU DRAINAGE	RÉSULTAT
A gauche : ponction, pleurotomie et drainage.	—	Guérison
Pleurotomie double.	à droite : 27 jours. à gauche : 11 jours.	Guérison
A droite : résection.	—	Guérison
	—	Mort
A droite : 3 aspirations, pleurotomie et drainage ; à gauche : 3 aspirations et pleurotomie.	—	Guérison

CONCLUSIONS

1° L'empyème double est peu fréquent. Il se rencontre plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte.

2° Chez les enfants, il est généralement précédé par une pneumonie. Chez l'adulte, il fait suite à une affection à pneumocoques ou à streptocoques.

3° Le diagnostic bactériologique ne peut pas être fait par l'examen clinique ; il faut pratiquer une ponction, puis des cultures et des inoculations.

4° L'empyème peut évoluer des deux côtés simultanément ou successivement. Dans le premier cas, la gravité est plus grave.

5° Le pronostic reste toujours grave même s'il ne survient pas de complications.

6° L'intervention, pleurotomie ou résection, doit assurer un large drainage des deux plèvres.

7° On peut intervenir simultanément des deux côtés mais on ne doit le faire que dans les cas très urgents. Le plus souvent on laissera un inter-

valle de quelques jours entre les deux interventions.

8° On ne doit pas négliger le traitement hygiénique pendant la convalescence et surtout la gymnastique respiratoire.

Vu : *Le Président de la thèse*,
CAUBET.

Vu : *le Doyen*,
CAUBET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 29 janvier 1902.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
PERROUD.

BIBLIOGRAPHIE

1. Achmetieff. — *Dietskaia medicina*, 1888. In thèse Bluzat, Paris, 1899.
2. Andral. — Clinique médicale, t. IV, p. 507. Paris, 1840.
3. Auner. — Thèse de Montpellier, 1867.
4. Ausset. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Lille, 1898.
5. Aust (Carl). — *Münch. med. Wochensch.*, 8 novembre 1892.
6. Attimont. — Considérations sur les résultats de la thoracentèse dans la pleurésie purulente. Thèse de Paris, 1869.
7. Batten. — Huit cas d'empyème double. *Lancet*, 2 juin 1894, p. 1368.
8. Beatley et Ridley. — Empyème double. Guérison après incision et drainage. *British medical Journal*, 28 avril 1894.
9. Beck (Carl). — *Medical Record*, 19 mai 1894, p. 627.
10. Berbez. — *Revue de médecine*, 1886.
11. Bézy et Bauby. — Contribution aux suppurations de la plèvre chez l'enfant. *Archives de médecine des enfants*, janvier 1901.
12. Bion Bogart (John). — Deux cas d'empyème double. *Annals of Surgery*, 1899, volume 29, p. 455.

13. Blachez. — Contribution à l'étude de la pleurésie purulente chez l'enfant. *Gazette hebdomadaire*, avril 1884.

14. Blunt et Okell. — *Lancet*, t. II, p. 114.

15. Bluzat. — Empyème double chez l'enfant. Thèse de Paris, 1899.

16. Bouveret. — Traité de l'empyème, 1888, p. 386.

17. Brauser (de Ratisbonne). — *Münchener aerztl. Intelligenzblatt*, 1883. In Bouveret.

17 bis. Id. *Bristol medical and chirurgical Journal*, décembre 1893.

18. Cassel. — Empyème double chez un enfant de treize semaines. Communication de la policlinique des maladies des enfants. *Deut. med. Woch.*, 10 août 1893.

19. Chassaignac. — Sur l'empyème purulent traité par le drainage chirurgical. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1872, n° 12.

20. Cestan (E.). — Thérapeutique des empyèmes, Paris, 1898.

21. Charrier. — Thèse de Paris, 1855.

22. Comby. — Pleurésie pulsatile. *Archives générales de médecine*, 1883.

23. Cooke (W. H.). — Empyème double suivi de guérison. *Lancet*, 1er octobre 1898, t. II, p. 873.

24. Coullomb (Ch.). — Des lésions consécutives à la pleurésie ancienne. Thèse de Paris, 1872.

25. Coupland et Gould. — *Lancet*, 20 décembre 1890. T. II, p. 1330.

26. Courtois-Suffit. — Thèse de Paris, 1871.

27. Cruveilhier. — Anatomie pathologique, t. IV, p. 469.

28. Cruveilhier. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, 1835. Article : pleurésie. T. XIII, p. 335 et 340.

29. Damaschino. — Pleurésies purulentes. Thèse d'agrégation, Paris, 1869.

30. Damoiseau. — *Archives générales de médecine*, 1843, t. III, p. 129 et 408.

31. Id. Thèse de Paris, 1845.

32. Dance. — Mémoire sur la phlébite utérine. Observation VI. Paris, 1828.

33. Debove. — Pleurésie purulente. *Union médicale*, 1883.

34. Desmons. — Thèse de Lille, 1894.

35. Dieulafoy. — *Société de médecine des hôpitaux*, 1878.

36. Id. *Semaine médicale*, Paris, 1900, t. XX, p. 375 et 378.

37. Duboué (de Pau). — *Société de médecine et de chirurgie des hôpitaux de Bordeaux*, 1867.

38. Dunn (L.). — Deux cas d'empyème double. *Lancet*, 19 nov. 1892.

39. Favre. — Pleurésies purulentes. Thèse de Paris, 1873, n° 358.

40. Fernet (Ch.) et d'Heilly (Eug.). — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie. Article : pleurésie.

41. Fox (L.). — *Lancet*, 18 août 1894, t. II, p. 385.

42. Frenkel (H.). — *Toulouse médical*, 1er novembre 1901, 3e année, n° 21.

43. Fuller. — *Lancet*, 1862, p. 574.

44. Gardiner. — *New-York medic. Record*, vol. 34. In Sutherland.

45. Godlee. — *Lancet*, 20 décembre 1890, t. II, p. 1331.

46. Griffith. — *Medical Chronicle*, mars 1889.

47. Guillon. — Pleurésie purulente dans la pneumonie. Thèse de Paris, 1883.

48. Hache. — Pleurotomie antiseptique. *Revue de chirurgie*, 1883.

49. Hale-White. — *Lancet*, 1900, p. 1333.

50. Hastings et Edwards. — *Lancet*, 20 août 1892, t. II, p. 414.

51. Hervieux. — *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, 16 février 1864.

52. Hetherington. — *Medical press and circular*. Londres 11 décembre 1878, t. II, p. 472.

53. Huber. — *Archives of pædiatrics*, 1889. In thèse Bluzat.

54. Huntington (W.). — *Lancet*, 15 août 1896, t. II, p. 459.

55. Jaccoud. — Pleurésie multiloculaire. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1879.

56. Jacob. — *British medical Journal*, 19 mars 1881.

57. Joccoton. — Thèse de Paris, 1900.

58. Jougla (Joseph). — Traitement des pleurésies purulentes chez l'enfant. Thèse de Paris 1872.

59. Kelsch et Vaillard. — Recherches sur les lésions anatomo-pathologiques et la nature de la pleurésie. *Archives de physiologie normale et pathologique*, 15 août 1886, 2e semestre, p. 426.

60. Lagrange. — De la blessure du diaphragme dans l'opération de l'empyème. *Archives générales de médecine*, septembre 1886.

61. Landouzy. — Diagnostic de la pleurésie et indications de la thoracentèse. *Archives générales de médecine*, 1856, novembre et décembre, t. VIII.

62. Lannois. — Empyème. *Lyon médical*, 1882.

63. Leplat. — Abcès de voisinage dans la plèvre. *Archives générales de médecine*, 1856, t. I, p. 403 et 565.

64. Lewis Smith. — *American Journal of Obstetrics*, 1880, p. 426.

65. Linesay. — *Lancet*, 9 janvier 1892, p. 82.

66. Lucy. — Communication à la Société médicale de Plymouth. *Lancet*, 18 novembre 1893, t. II, p. 1257.

67. Macé. — *Presse médicale*, Paris, 1906, p. 155.

68. Mackey. — *Medical Times and Gazette*, 1875.

69. Maintenon. — Pleurésies doubles. Thèse de Paris, 1873, n° 417.

70. Marcowitz. — Thèse de Paris, 1864.

71. Marion. — *Presse médicale*, Paris, 1900, p. 351 et 354.

72. Marsden. — Pneumonie double. Empyème double. Abcès de la paroi abdominale. *Lancet*, 3 novembre 1900, t. II, p. 1272.

73. Marson. — *Archives générales de médecine*, 1874, t. I, p. 276.

74. Martineau. — *Société médicale des Hôpitaux*, janvier 1874.

75. Mayor. — Avenir des pleurétiques. Thèse de Paris, 1887.

76. Méhu. — *Archives générales de médecine*, 1872, t. I, p. 641 et t. II, p. 56.

77. Merklen. — Pleurésie purulente dans la fièvre typhoïde. *Bulletin de la Société clinique*, Paris, 1883.

78. Milligan. — Cas d'empyème double chez un enfant, opération, guérison. *British medical journal*, 16 janvier 1900.

79. Morison. — *Edinburgh medical journal*, août 1889.

80. Morgan. — Treatment of pleuresie and empyem. *Lancet*, fevrier 1881.

81. — — *Lancet*, 1890, t. II, p. 125 et 1331.

82. Netter. — Traité des maladies des enfants, Comby et Marfan, t. IV, p. 274.

83. Paul-Boncour. — Thèse de Paris, 1896.

84. Perrier (Fernand). — Pleurésie interlobaire suppurée. Thèse de Paris, 1898, n° 344.

85. Peyrot. — Traité de Chirurgie, Duplay et Reclus, t. V.

86. Pitts. — *Lancet*, 14 octobre 1893, t. II, p. 917.

87. Poore. — *New-York medical Journal*, 27 septembre 1892, p. 347.

88. Robert. — Thèse de Paris, 1881.

89. Saint-Germain (de). — Pleurésie purulente chez les enfants. *Revue de médecine*, 1884.

90. Sangster. — *Lancet*, 16 octobre 1886, p. 617.

91. Semerdjieff. — Contribution à l'étude de la pleurésie purulente chez l'enfant. Thèse de Toulouse, 1901.

92. Sevestre. — Un cas de péricardite purulente et d'empyème double, opération, mort. *Lancet*. 23 avril 1893, t. I, p. 1109.

93. Simon. — *Progrès médical*, 31 janvier 1891.

94. Siredey. — Indications et contre-indications de la thoracentèse dans les diverses espèces d'épanchements. *Archives générales de médecine*, 1864, t. IV, p. 257.

95. Sutherland. — *Lancet*, 9 juin 1894, t. 1, p. 1430.

96. Tatham. — *British medical journal*, 12 juillet 1881, t. I, p, 230.

97. Taylor. — *Lancet*, 20 décembre 1890, t. II, p. 1331.

98. Thinier. — Pleurésie purulente chez les enfants. *Revue de médecine*, 1884.

99. Trousseau. — Clinique médicale, t. III, p. 273.

100. id — Clinique médicale, t. I, p. 646.

101. Vasquez (Thomas). — Traitement de la pleurésie purulente. *Union médicale*, 1878, n° 115, p. 497.

102. Vergely. — *Mémoires et bulletin de la Société médico-chirurgicale de Bordeaux*, 2e fascicule, 1867, p. 411.

103. Verliac. — Diagnostic des épanchements pleurétiques chez les enfants. Thèse de Paris, 1863.

104. Vincent. — Thèse de Paris, 1884.

105. Voelcher. — *Lancet*, 20 décembre 1880, t. II, p. 1331.

106. Walter (Carr). — *Lancet*, 19 novembre 1892.

107. Warbasse. — *Annals of Surgery*, 1893, t. I, vol. 17.

108. Weber. — Thèse de Strasbourg, 1867.

109. Widal (V.). — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article : pleurésie.

110. Wightmann. — *Lancet*, 5 mai 1894.

111. Woillez. — Pleurésie multiloculaire. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1879.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	5
Chapitre I. Historique	9
— II. Etiologie	15
A. Empyèmes doubles primitifs	23
B. Pneumonie	45
C. Fièvre puerpérale	97
D. Influenza	112
E. Rhumatisme	116
F. Accidents buccaux et coqueluche	121
G. Cas à étiologie indéterminée	122
— III. Anatomie pathologique et pathogénie	128
— IV. Symptômes	134
— V. Diagnostic	143
— VI. Pronostic et traitement	156
Tableau général	161
A. Adultes	162
B. Enfants	164
Conclusions	173
Bibliographie	175
Table des matières	183

Toulouse. Imp. MARQUÈS et Cie, boulevard de Strasbourg, 22.